

Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg

Onder redactie van

Dr. H. Wollersheim (hoofdredacteur)

Prof. dr. P.J.M. Bakker

Prof. dr. A.B. Bijnen

Prof. dr. D.J. Gouma

Prof. dr. C. Wagner

Prof. dr. T. van der Weijden



Bohn
Stafleu
van Loghum

Springer Media

Houten 2011

© 2011 Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of opnamen, hetzij op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet j^o het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Samensteller(s) en uitgever zijn zich volledig bewust van hun taak een betrouwbare uitgave te verzorgen. Niettemin kunnen zij geen aansprakelijkheid aanvaarden voor drukfouten en andere onjuistheden die eventueel in deze uitgave voorkomen.

ISBN 978 90 313 8235 4

NUR 870

Ontwerp omslag: Bottenheft, Marijenkampen

Ontwerp binnenwerk: TEFF (www.teff.nl)

Automatische opmaak: Pre Press Media Groep, Zeist

Bohn Stafleu van Loghum

Het Spoor 2

Postbus 246

3990 GA Houten

www.bsl.nl

Inhoud

Redacteuren en auteurs	7
Voorwoord	9
Leeswijzer	11
1 Inleiding in kwaliteit en veiligheid van zorg	13
<i>H. Wollersheim, P.J.M. Bakker en T. van der Weijden</i>	
1.1 Inleiding	13
1.2 Definiëren van kwaliteit	14
1.3 Veranderen, een cyclisch proces	17
1.4 Veranderstrategieën	20
Literatuur	24
2 Doeltreffende zorg	25
<i>J.S. Burgers, H. Vermeulen en H. Wollersheim</i>	
2.1 Inleiding	25
2.2 Kenmerken van evidence-based medicine	26
2.3 Richtlijnen voor doeltreffende zorg	37
2.4 Doeltreffende zorg in de praktijk	45
Literatuur	51
3 Patiëntenparticipatie en patiëntgerichte zorg	53
<i>T. van der Weijden, S. Molenaar en M. de Booy</i>	
3.1 Waarom is patiëntgerichtheid belangrijk?	54
3.2 Wat is dan patiëntgerichte zorg?	55
3.3 De rol van patiëntenparticipatie in het streven naar patiëntgerichte zorg	56
3.4 Vormen van individuele patiëntparticipatie	57
3.5 Vormen van collectieve patiëntenparticipatie	62
3.6 Uitdagingen voor de toekomst	67
Literatuur	68
4 Organisatie van zorg	71
<i>R. Huijsman</i>	
4.1 Het Nederlandse gezondheidszorgsysteem	71
4.2 Organisaties in zorg, intern perspectief	84
4.3 Kwaliteitsbeleid	91
4.4 Organisaties in zorg, extern perspectief	95
Literatuur	100
5 Patiëntveiligheid	103
<i>C. Wagner</i>	
5.1 Inleiding	103
5.2 Begrippenkader	104
5.3 De omvang en ernst van zorggerelateerde schade	106
5.4 Veiligheidstheorieën	107
5.5 Oorzaken van incidenten en zorggerelateerde schade	110
5.6 Specifiek thema: suboptimale diagnostiek	110
5.7 Specifiek thema: medicatieveiligheid	112
5.8 Patiëntveiligheidscultuur	113
5.9 Communicatie en samenwerking	115
5.10 Het meten van patiëntveiligheid	117
5.11 Methodieken om te verbeteren	120
5.12 Veiligheidsprogramma	125
Literatuur	127
6 Kwaliteitsverbetering en implementatie in de dagelijkse praktijk	129
<i>A. Goossens, M.E.J.L. Hulscher en R.P.M.G. Hermens</i>	
6.1 De aanleiding tot kwaliteitsverbetering in de dagelijkse praktijk	130
6.2 Kwaliteitsverbetering: een implementatiemodel	133
6.3 Stap 1: Het definiëren van optimale zorg en de ontwikkeling van een concreet voorstel voor verandering	134

- 6.4 Stap 2: Het meten van de huidige zorg; de diagnostische fase 139
- 6.5 Stap 3: Het meten van beïnvloedende factoren 143
- 6.6 Stap 4: Het ontwikkelen van een implementatiestrategie op maat 148
- 6.7 Stap 5: Proefimplementatie: het op kleine schaal plannen, uitvoeren en bijstellen van het verbetertraject 154
- 6.8 Stap 6: Het evalueren van de verbeterstrategie 156
Literatuur 159
- 7 Wetenschappelijk onderzoek naar kwaliteitsverbetering in de patiëntenzorg 161**
H. Wollersheim en T. van der Weijden
 - 7.1 Inleiding 161
 - 7.2 Het meten en analyseren in de diagnostische fase 163
 - 7.3 Wetenschappelijk onderzoek naar verbeterstrategieën 168
Literatuur 174
- 8 Omgaan met fouten 177**
A. Molendijk en I.P. Leistikow
 - 8.1 Inleiding 177
 - 8.2 Hoe omgaan met de patiënt? 178
 - 8.3 Hoe omgaan met de betrokken hulpverlener(s)? 180
 - 8.4 Hoe zou de organisatie moeten omgaan met een fout? 181
 - 8.5 Juridische implicaties 185
Literatuur 186
- Lijst van afkortingen 187**
- Register 191**

Redacteuren en auteurs

Prof. dr. P.J.M. Bakker

internist, hoogleraar procesinrichting en procesinnovatie in de zorg, afdeling Kwaliteit en Procesinnovatie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

Prof. dr. A.B. Bijnen

chirurg, hoogleraar heelkunde in het bijzonder onderwijs en opleiding, instituut voor onderwijs en opleiding, VU medisch centrum, Amsterdam en Medisch Centrum Alkmaar

Drs. M. de Booy

manager team kwaliteit, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, Utrecht

Dr. J.S. Burgers

huisarts, senior onderzoeker, IQ healthcare, Scientific Institute for Quality of Care Research, UMC St Radboud, Nijmegen

Dr. A. Goossens

sociaal psycholoog, klinisch epidemioloog, stafadviseur implementatie, implementatiefellow ZonMw, afdeling Kwaliteit en Procesinnovatie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

Dr. R.P.M.G. Hermens

epidemioloog, senior onderzoeker, IQ healthcare, Scientific Institute for Quality of Care Research, UMC St Radboud, Nijmegen

Prof. dr. R. Huijsman

MBA, gewoon hoogleraar integraal zorgmanagement, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, tevens directeur CIZ Kenniscentrum, Centrum Indicatstelling Zorg

Dr. M.E.J.L. Hulscher

gezondheidswetenschapper, senior onderzoeker, IQ healthcare, Scientific Institute for Quality of Care Research, UMC St Radboud, Nijmegen

Prof. dr. D.J. Gouma

chirurg, hoogleraar heelkunde, afdeling Chirurgie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

Prof. mr. dr. J. Legemaate

jurist, hoogleraar gezondheidsrecht, Academisch Medisch Centrum Universiteit van Amsterdam, Amsterdam

Dr. I.P. Leistikow

arts, staflid Raad van Bestuur, coördinator Kenniscentrum Patiëntveiligheid, Universitair Medisch Centrum Utrecht

Dr. S. Molenaar

gezondheidswetenschapper, afdeling Kwaliteit en Procesinnovatie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

Dr. A. Molendijk

kinderarts-neonatoloog, medisch manager Centrum Patiëntveiligheid, Isala Klinieken, Zwolle

Dr. H. Vermeulen

verpleegkundig onderzoeker, afdeling Kwaliteit- en Procesinnovatie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

Prof. dr. C. Wagner

bijzonder hoogleraar patiëntveiligheid in de gezondheidszorg, afdeling Sociale Geneeskunde, VU medisch centrum, Amsterdam en program-

maleider Kwaliteit en organisatie in de cure en care, NIVEL, Utrecht

Prof. dr. T. van der Weijden
arts-epidemioloog, bijzonder hoogleraar Implementatie van klinische richtlijnen, vakgroep Huisartsgeneeskunde, CAPHRI School for Pri-

mary Care and Public Health, Universiteit Maastricht

Dr. H. Wollersheim (hoofdredacteur)
internist, universitair hoofddocent kwaliteit en veiligheid van ziekenhuiszorg, IQ healthcare, Scientific Institute for Quality of Care Research, UMC St Radboud, Nijmegen

Voorwoord

*'Every day you make progress.
Every step may be fruitful.
Yet there will stretch out before you an ever-
lengthening, ever-ascending path.
You know you will never get to the end of the
journey.
But this, so far from discouraging, only adds to
the joy and glory of the climb.'*

Sir Winston Churchill

Als artsen bij het ontvangen van het artsendiploma beloven dat zij zo optimaal mogelijke zorg zullen leveren, weten de meesten niet goed wat dat inhoudt en zeker niet wat zij daarvoor moeten doen. Ze hebben wel veel kennis van ziekteleer en pathologie en hebben tijdens de klinische stages geleerd hoe zij deze kennis moeten toepassen in de praktijk. Echter, hoe men de kwaliteit van zijn of haar praktijkvoering kan meten, analyseren en verbeteren is vrijwel niet bekend. Gedurende hun klinische loopbaan leren artsen min of meer door schade en schande hoe zij optimale patiëntenzorg vorm moeten geven. Een reactieve aanpak voldoet echter niet meer.

De bij de meeste artsen aanwezige intrinsieke motivatie om goed te doen bij iedere patiënt en het – zo mogelijk – vermijden van onnodige schade moet op een professionelere wijze vorm krijgen. Daarnaast bestaat een steeds sterkere maatschappelijke eis om zo efficiënt, goedkoop en patiëntgericht mogelijk te werken en hierover verantwoording af te leggen. Recentelijk zijn dan ook aanvullende eisen met betrekking tot kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid in de eindtermen van het nieuwe raamplan voor de artsopleiding vastgelegd.

Tot nu toe bestond er in Nederland, maar ook in de landen om ons heen, geen studieboek dat de geneseskundestudent houvast gaf bij het verwerven van deze nieuwe competenties en vaardigheden. De samenstellers van dit boek hebben geprobeerd in deze leemte te voorzien en zijn verheugd dat van bijna alle Nederlandse universiteiten een of meer auteurs een bijdrage hebben geleverd.

Dit boek volgt het tweefasenmodel dat centraal staat bij kwaliteitsverbetering. In de diagnostische fase vraagt men zich af: is de geleverde zorg wel optimaal? En indien niet, waarom niet? En als de wens bestaat de geleverde zorg te optimaliseren (de therapeutische fase), welke aanpak garandeert dan de meeste kans op succes?

In de verschillende hoofdstukken worden de diverse kwaliteitsdimensies van patiëntenzorg gevolgd. Daarbij worden de elementen van verantwoorde zorg zoals in de Kwaliteitswet verwoord gevolgd, namelijk respectievelijk doeltreffende (hoofdstuk 2), doelmatige (hoofdstuk 4) en patiëntgerichte (hoofdstuk 3) zorg. Vanwege het grote belang is daar patiëntveiligheid aan toegevoegd (hoofdstuk 5). Om zorgverleners te ondersteunen bij de aanpak van verbeterprojecten in de dagelijkse praktijk en bij het wetenschappelijk onderzoek naar kwaliteitsverbetering, zijn daar twee hoofdstukken aan gewijd (hoofdstuk 6 en 7). Een van de meest dramatische gebeurtenissen in het leven van een zorgverlener is (en het gebeurt eenieder) als er ondanks alle goede intenties en hard werken toch een – mede door ons handelen veroorzaakt – incident met schade voor de patiënt optreedt. Hoofdstuk 8 toont hoe zorgverleners daar op de meest effectieve, efficiënte en patiëntgerichte wijze mee om moeten gaan.

Om de abstracte begrippen aansprekend te maken, zijn veel voorbeelden uit de klinische praktijk toegevoegd. Handhygiëne, als eenvoudige en effectieve infectiepreventiemaatregel, loopt als een rode draad door dit leerboek.

De heer J. is een 48-jarige man die in het kader van de analyse van leverfunctiestoornissen een leverbiopsie moest ondergaan. Het was voor arts-assistent W. zijn derde leverbiopsie, maar de eerste zonder supervisie. Technisch verliep de biopsie volgens het boekje en er werd een fraai pijpje leverweefsel verkregen. De nacontroles verliepen zonder bijzonderheden en enkele uren later liep meneer J. alweer rond. Omdat er verdenking was op een non-Hodgkinlymfoom, bleef hij opgenomen en onderging de dag erna een CT-scan van thorax en abdomen, een crista-biopsie en een sternumpunctie. Dat laatste omdat – zo bleek uit de bloeduitslagen van de dag ervoor – er in korte tijd een trombose was ontstaan; drie dagen voor de leverbiopsie was het aantal bloedplaatjes nog normaal geweest. De volgende ochtend werd de heer J. dood in bed gevonden. Bij obductie bleek hij overleden aan een bloeding vanuit de achterkant van de lever; de biopsienaald had de achterkant van de lever geperforeerd. De patholoog noteerde in het obductieverslag: 'ongewoon laag ingezette leverbiopsie'. Uit de later binnengekomen laboratoriumuitslagen bleek ook een trombopathie. Bij het dicteren van de brief ontdekte W. dat de heer J. 'in eigen beheer' acetylsalicylzuur 80 mg gebruikte vanwege angineuze klachten. Dit was rond de biopsie niet gestopt. Nu leek er naast een complicatie ook sprake van een incident met mogelijke vermijdbaar-

heid. W. meldde dit met lood in zijn schoenen aan zijn supervisor. Deze adviseerde W. hieraan geen ruchtbaarheid te geven; niet in de richting van de opleider, niet naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg en niet naar de familie van de overledene. Dit zou W.'s carrière en die van de supervisor te veel kunnen beschadigen. De supervisor had immers aangegeven dat W. 'deze biopsie zonder zijn hulp moest uitvoeren'. Hoewel dit voorval vele jaren geleden geschiedde, denkt W. er nog frequent aan. Hij heeft daarna geen leverbiopsie meer verricht, ook al waren ze geïndiceerd.

Dit boek wil voorkomen dat deze verschrikkelijke gebeurtenissen blijven optreden. En als zij optreden, dat dan de zorgverleners beter in staat zullen zijn de opgetreden problemen bij hun patiënten en hun naasten, maar ook bij henzelf aan te pakken.

Wij wensen de lezer leesplezier en hopen dat dit boek zowel voor studenten geneeskunde als voor andere (toekomstige) zorgprofessionals voldoende aanknopingspunten geeft om het geleerde in de dagelijkse praktijk te kunnen toepassen.

**Namens de redactie,
Hub Wollersheim**

Nijmegen, najaar 2010

Leeswijzer

In dit boek worden na het inleidende hoofdstuk 1 eerst in diverse hoofdstukken een aantal aspecten van de verschillende domeinen van kwaliteit van zorg beschreven. Achtereenvolgens komen ter sprake: doeltreffende zorg (hoofdstuk 2), patiëntgerichte zorg (hoofdstuk 3), doelmatige zorg en de organisatie daarvan (hoofdstuk 4) en veilige zorg (hoofdstuk 5). Om te ondersteunen bij de aanpak van suboptimale zorg in deze domeinen beschrijft hoofdstuk 6 de te hanteren aanpak bij

kwaliteitsverbeterprojecten. In hoofdstuk 7 wordt aangegeven hoe men kwaliteitsverbetering kan evalueren en wetenschappelijk kan onderzoeken.

Omdat het toebrengen van schade aan een patiënt voor alle betrokken partijen zeer traumatisch is, wordt afgesloten met een hoofdstuk waarin wordt aangegeven hoe men als zorgverlener op een incident behoort te reageren.

Inleiding in kwaliteit en veiligheid van zorg

1

H. Wollersheim, P.J.M. Bakker en T. van der Weijden

Samenvatting

Hoewel de geneeskunde enorme stappen voorwaarts maakt, is het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg een urgente noodzaak. Want vaker dan gewenst wordt geen optimale patiëntenzorg geleverd. Bij ongeveer 40% van de patiënten is er sprake van te veel, te weinig of verkeerde zorg en een op de tien in het ziekenhuis opgenomen patiënten loopt schade op waarvan de helft te voorkomen is.

Optimale zorg is effectief, doelmatig, patiëntgericht, veilig en moreel verantwoord. Bij het verbeteren van de zorg op al deze terreinen staat de kwaliteitscyclus centraal, met in de eerste fase de definiëring van kwaliteit (de gewenste norm), gevolgd door de diagnostiek: op welke punten en waarom is de zorg niet zoals gewenst? In deze diagnostische fase zijn meetmethodieken zoals indicatoren voor probleemidentificatie en kwalitatieve probleemanalyses noodzakelijk. In de behandel fase staat de verbetering van suboptimale kwaliteit centraal. De verbeterstrategie kan zich richten op het micro-, meso- en macroniveau van de gezondheidszorgpiramide.

Naast het uitvoeren van systeeminterventies is voor het bereiken van optimale zorg ook nodig dat zorgverleners zelf in staat zijn kwalitatief hoogstaande zorg te leveren. Hiertoe dienen zij nieuwe competenties te ontwikkelen, zoals reflecteren op het eigen handelen en verantwoording kunnen en willen afleggen over de geboden kwaliteit van zorg.

Leerdoelen

Na bestudering van dit hoofdstuk is de lezer in staat:

- een omschrijving te geven van kwaliteit en veiligheid van zorg;
- de belangrijkste historische en actuele ontwikkelingen te schetsen;
- de dimensies van kwaliteit van zorg te benoemen en te omschrijven;
- de kwaliteitscyclus te beschrijven;
- de plaats en het belang van meten en analyseren in de kwaliteitscyclus aan te geven;
- de principes van verbeteren van de patiëntenzorg te verwoorden;
- voorbeelden te geven van goede en veilige zorg.

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de relevantie, het werkteerrein en de inhoud van kwaliteit en veiligheid in de patiëntenzorg beschreven. Centraal staat de kwaliteitscyclus. De cyclus begint met het definiëren van de norm voor goede kwaliteit. Een bekend voorbeeld hiervan zijn de evidence-based richtlijnen voor de klinische praktijk. Als men de kwaliteitscyclus in tweeën splitst, valt deze te vergelijken met de diagnostische fase en de therapeutische fase uit het arts-patiëntcontact. In de diagnostische fase staat het definiëren van kwaliteit en de probleemanalyse voorop: wat is niet goed en hoe komt dat? In de daaropvolgende therapeutische fase sluiten de verbeteracties nauw bij die probleemanalyse aan. De verbeteractiviteiten zijn vaak gebaseerd op de psychosociale benaderingen uit de veranderkunde. In dit

hoofdstuk wordt de kwaliteitscyclus toegepast binnen de verschillende dimensies van kwaliteit van zorg, namelijk doeltreffende, doelmatige en patiëntgerichte zorg, die beschreven staan in de Kwaliteitswet. Omdat veiligheid een essentieel onderdeel van kwaliteit van zorg vormt, is dat onderdeel toegevoegd.

Relevantie van kwaliteit en veiligheid van patiëntenzorg

Momenteel hebben kwaliteit en veiligheid van patiëntenzorg een hoge prioriteit. Onderzoek toont namelijk aan dat 40% van de patiënten geen optimale zorg wordt geboden en dat meer dan 20% van de diagnostische verrichtingen en behandelingen onnodig is.^[1] Rond de 10% van de in het ziekenhuis opgenomen patiënten loopt schade op door incidenten en complicaties, waarvan de helft te voorkomen is.^[2] Mede door het uitvergrooten van deze feiten in de media en de defensieve reacties van zorgverleners wordt de vraag om kwalitatief betere en veiligere zorg versterkt, maar tegelijkertijd ook het vertrouwen in de zorg ondermijnd.

Door de vergrijzing is de druk op de gezondheidszorg toegenomen en ook om redenen van kostenbeheersing moet de zorg doeltreffend en doelmatig zijn. De introductie van gereguleerde marktwerking plaatst de verzekeraars in een regierol. Zij moeten bij het inkopen van zorg letten op kwaliteit en kosten. Door de toegenomen complexiteit van de gezondheidszorg met superspecialisatie en toegenomen diagnostische, therapeutische en technologische mogelijkheden, wordt er meer beroep gedaan op multidisciplinaire samenwerking in ketenzorg.

1.2 Definiëren van kwaliteit

Kwaliteit van zorg: wat is dat?

Het exact omschrijven van kwaliteit van zorg blijkt moeilijk. Dat komt omdat het woord kwaliteit een graduele omschrijving is van iets anders. Daarom worden vaak andere, gemakkelijker te kwantificeren begrippen zoals meer of minder of beter of slechter gebruikt.

Men onderscheidt verschillende dimensies van kwaliteit. De zorg moet namelijk doeltreffend (zie hoofdstuk 2), doelmatig (zie hoofdstuk 4), patiëntgericht (zie hoofdstuk 3) en moreel ver-

antwoord zijn. En dat alles zonder bijwerkingen (zie hoofdstuk 5), met een goede en tijdige toegankelijkheid en geleverd door competente zorgverleners die bereid zijn hierover verantwoording af te leggen (meer hierover in dit hoofdstuk).

Optimale kwaliteit op alle dimensies staat aan de ene zijde van het spectrum en heeft een virtueel eindpunt; het kan immers altijd beter. Stimulerende maatregelen (leerervaringen, het besef goed te doen, deskundige steun, beloning) ondersteunen kwaliteitsverbetering.

Onveiligheid, ondoelmatigheid en moreel of juridisch laakbaar gedrag staan aan de andere kant van het spectrum en liggen onder een minimumnorm. Toezicht en restrictieve maatregelen moeten voorkomen dat de zorg onder deze norm belandt.



Figuur 1.1 Het continuüm op de schaal van onveiligheid en optimale kwaliteit. De schuin oplopende lijn representeert kwaliteitsverbetering.

Goede zorg: een voorbeeld van patiëntgerichte zorg in de toekomst

Op dit moment kennen poliklinieken in Nederlandse ziekenhuizen een op management georiënteerde organisatievorm. Dit is in veel gevallen geen optimale vorm. Een meer op de zorgketen (eerste lijn, perifeer/academisch ziekenhuis, verpleeghuis), op netwerken van samenwerkingsverbanden (huisarts, medisch specialist, nurse practitioner, fysiotherapeut, wijkverpleegkundige) en op de patiënt gerichte zorg is effectiever, veiliger en doelmatiger.

Om deze complexe samenwerkingsverbanden adequaat te ondersteunen, is de inzet van informatie- en communicatietechnologie (ICT) randvoorwaardelijk en dient de patiënt een

belangrijke rol in de regie van zijn ziektebeeld op zich te nemen. Hieronder wordt geschetst hoe dit de zorg in de naaste toekomst zal veranderen.

De hulpvraag, het eerste consult

De patiënt in spe kan thuis via een onafhankelijke website als www.kiesbeter.nl toegankelijke, op de zorgvraag afgestemde informatie vinden. Deze website, die met hulp van ervaringsdeskundigen is opgesteld, bevat valide informatie over de deskundigheid, de service en bejegening en over klachten en ziektebeelden.

Een deel van de informatie is voorafgaand aan het consult al verzameld, zodat de patiënt niet alleen in het juiste spreekuur terecht komt, maar ook dat het proces daarna efficiënter verloopt. De patiënt geeft via de mail tevoren aan welke onderwerpen hij op de agenda heeft staan. Het elektronisch patiëntendossier (EPD) is door de patiënt te downloaden. Op de mobiele telefoon krijgt de patiënt een afspraakherinnering en via deze weg kan tevens uitloop of vervanging worden doorgegeven. Het GPS-systeem op het mobiele loodst de patiënt door het ziekenhuis.

Verdere begeleiding

In overleg worden thuisconsulten of gezamenlijke consulten in de huisartsenpraktijk georganiseerd, waarbij de specialist fysiek of via videoverbinding aanwezig is. Dit maakt het mogelijk dat specialistische kennis wordt ingebracht in de thuissituatie, waar de belasting en gevaren voor met name kwetsbare patiënten minder zijn. ICT ondersteunt ketenzorg bij het herontwerpen van patiëntenstromen met capaciteitsplanning en een navigatiesysteem dat aantoont waar een individu zich in de zorgketen bevindt. ICT helpt om ziektegerelateerde informatie 'op afstand' te verkrijgen, zoals eventueel het glucosegehalte, maar ook fysieke informatie over bijvoorbeeld bloeddruk, gewicht, beweging en valneiging en informatie verkregen met pijnloos te implanteren microbiosensoren.

Het delen van ervaringen met andere patiënten met behulp van weblogs, chatsites en groepsconsulten wordt gefaciliteerd.

Door ICT ondersteunde interpretatie van diagnostische gegevens wordt gebruikt om het

zelfmanagement en de behandeling bij te stellen in een beveiligd, voor patiënt en zorgverlener(s) te raadplegen elektronisch patiëntendossier (EPD). Het transmuraal EPD voorkomt hiaten in de informatieoverdracht en bevat een medicatiewaarschuwingssysteem gericht op interacties en dosisbewaking.

De arts beëindigt het consult met een samenvatting van de bevindingen. Via spraakherkenning wordt dit omgezet in een brief die de patiënt inlevert bij de betrokken zorgverleners. De patiënt kan zijn gegevens downloaden in een persoonlijk digitaal dossier. Zo is ook de patiënt op de hoogte van de conclusies van het consult.

De behandel fase

Vooraf in de behandel fase luidt de eerste vraag van een zorgverlener altijd: wat wil de patiënt en wat zijn de noden of behoeften?

Indien de patiënt dat wil en kan, wordt de behandeling ondersteund door gezamenlijke besluitvorming en zelfmanagement. Gezamenlijke besluitvorming wordt gefaciliteerd met behulp van een interactieve keuzehulp die bijvoorbeeld de tot patiënteninformatie vertaalde diabetesrichtlijnen met beslissobomen en de diverse opties uitlegt.

Zelfmanagement vraagt om concrete keuze-informatie en -educatie. Voor educatie zijn scholing, training en toetsing van kennis en vaardigheden na een zelfmanagementopleiding belangrijk. Naast klassieke kennis van ziektebeelden, aangevuld met kennis van ervaringsdeskundigen over hoe in het dagelijkse leven om te gaan met de ziekte, worden persoonlijke verbeterplannen opgesteld. De doelen moeten passen bij de voorkeuren en mogelijkheden van de patiënt. De effecten worden weergegeven in aansprekende en vergelijkende metingen in de tijd. Na een proeve van bekwaamheid tijdens een stationsexamen wordt de patiënt steeds vrijer gelaten: het contact verschuift naar telefonisch en mailcontact. De patiënt kan zelf een afspraak maken indien de klachten toenemen.

Evidence-based care en evidence-based kwaliteitsverbetering

Om te weten te komen wat goede en veilige zorg is, kan men op diverse manieren kennis vergaren.

Systematisch literatuuronderzoek en ethisch-morale overwegingen vormen de uitgangspunten.

De hoogleraar statistiek Archie Cochrane (1909-1988) uit Cardiff stond aan de basis van een revolutie in de gezondheidszorg: de 'evidence-based medicine'-beweging. Zijn uitgangspunt was dat het handelen in de geneeskunde gebaseerd moet zijn op wetenschappelijk bewijs. Hij propageerde het gerandomiseerde gecontroleerde experiment ('randomized controlled trial') als gouden standaard voor het onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen en introduceerde het systematische literatuuronderzoek (systematische review) als het antwoord op probleemstellingen in de geneeskunde. In de vrij toegankelijke Cochrane Library wordt gepoogd al het uitgevoerde wetenschappelijk onderzoek gestructureerd te bewerken in zogenaamde Cochrane reviews.

Het vertalen van deze wetenschappelijk bewezen inzichten naar de klinische praktijk met behulp van richtlijnen heeft sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw een hoge vlucht genomen, vooral in Nederland, maar ook in de rest van de wereld. De hedendaagse richtlijnen zijn gebaseerd op systematische reviews en de methodiek voor het ontwikkelen van valide richtlijnen is volop in ontwikkeling. Uitgangsvragen voor een richtlijn zijn: wat is het probleem en welke vragen moeten in de richtlijn behandeld worden? Vervolgens wordt gezocht naar een systematische review voor het systematisch navorsen van de wetenschappelijke literatuur om op deze vragen een antwoord te krijgen. Het vertalen van deze antwoorden in concrete aanbevelingen, met de mate van klinisch bewijs erbij aangegeven, levert de basis voor de richtlijn. Er is nog veel discussie over het betrekken van patiënten en andere disciplines bij richtlijnen. Het eigenaarschap, de noodzaak tot periodieke update en hoe rekening te houden met comorbiditeit, veiligheid en doelmatigheid leveren veel stof tot discussie. Hierop wordt in hoofdstuk 2 dieper ingegaan.

Ook van kwaliteitsverbeteractiviteiten wordt, net als van richtlijnen, verwacht dat er wetenschappelijk bewijs is voor de werkzaamheid ervan. Hoe dit te onderzoeken, wordt beschreven in de hoofdstukken 6 en 7.

Als tegenreactie op deze vormen van rationele geneeskunde is zich de 'narrative medicine' of verhalende geneeskunde aan het ontwikkelen. De verhalen van patiënten en zorgverleners over het

omgaan met ziekte en de invloed van compassie, respect en liefdevolle zorgzaamheid geven een zinvolle aanvulling.

Het veiligheidsprincipe: 'Do no harm'

De door artsen gezworen eed van Hippocrates om zieken geen schade te berokkenen, werd geïntroduceerd door Florence Nightingale in haar klassieke boek *Notes on Nursing*: 'It may seem a strange principle to enunciate as the very first requirement in a hospital that it should do the sick no harm.' Het veiligheidsprincipe kreeg in de geneeskunde bijzondere aandacht door Ernest Codman (1869-1940) die na zijn opleiding tot chirurg op de Harvard Medical School in het Massachusetts General Hospital werkte. Hij introduceerde 'Morbidity and Mortality Conferences' en gebruikte begrippen als 'surgical safety' en 'outcome management'. Bij 337 behandelde patiënten vond hij 123 fouten. Toen hij hierover wilde publiceren, werd zijn aanstelling niet verlengd. Later volgde rehabilitatie: hij werd voorzitter van het American College of Surgeons en oprichter van het eerste kwaliteits- en veiligheidsinstituut in de VS (de 'Joint Commission').

In 1991 baarde de Harvard Medical Practice Study opzien.^[3] Bij bijna 4% van de opnames in de regio Boston werden bij dossieranalyse incidenten met schade aan patiënten vastgesteld, waarvan bij meer dan 15% met dodelijke afloop. Een derde tot de helft zou vermijdbaar zijn.

Eind 1999 verscheen het geruchtmakende rapport 'To err is human' van het Amerikaanse Institute of Medicine.^[4] Er zou sprake zijn van talrijke onnodige sterfgevallen (naar schatting 45.000 tot 98.000 doden op jaarbasis) ten gevolge van medische fouten in Amerikaanse ziekenhuizen. Recentelijk is in Nederland een nationaal dossieronderzoek uitgevoerd waaruit blijkt dat er jaarlijks ongeveer 1700 vermijdbare doden vallen ten gevolge van incidenten in ziekenhuizen, waarvan de meeste gerelateerd zijn aan operatieve ingrepen, gevolgd door medicatiefouten.^[5] De berokkende schade en de enorme kosten (rond de 2 miljard euro per jaar in Nederland door herstelbehandelingen en een verlengd ziekenhuisverblijf) tonen aan dat er sprake is van een immens probleem dat tot voor kort nauwelijks aandacht kreeg.

De meeste incidenten lijken bij oppervlakkige beschouwing te ontstaan door individuele men-

selijke fouten. Analyse laat echter zien dat ook slecht georganiseerde zorgprocessen en technische factoren een grote rol spelen. Perfecte mensen bestaan niet; iedereen vergist zich wel eens, zeker bij vermoeidheid of drukte. Het is de kunst de omgeving (systeem, team en apparatuur) zo veilig te maken dat deze vergissingen worden voorkomen of tijdig worden opgemerkt. In hoofdstuk 5 gaan we dieper op veilige zorg in en in hoofdstuk 8 wordt besproken hoe zorgverleners dienen te reageren wanneer zich een incident voordoet.

Veilige zorg: een voorbeeld

Op 15 januari 2009 vertrekt een Airbus vanaf de luchthaven LaGuardia bij New York naar Charlotte in North Carolina: de US Airways flight 1549. Anderhalve minuut na het opstijgen kruist het vliegtuig een vlucht Canadese ganzen, die de motoren ingezogen worden. De motoren vallen uit en onder leiding van kapitein Chesley Sullenberger wordt besloten tot een noodlanding in de Hudson. Dankzij adequaat handelen van de bemanning overleven alle 155 passagiers. Bij analyse blijkt dat het belang dat gehecht is aan simulatietraining, gestructureerde communicatie, checklists en procesmatig handelen een belangrijke rol heeft gespeeld bij dit succes. Zorgverleners kunnen belangrijke lessen leren uit maatregelen die de vliegtuigindustrie tienmaal zo veilig maken als de geneeskunde in het algemeen en honderdmaal zo veilig als de chirurgie.^[2]

1.3 Veranderen, een cyclisch proces

De kwaliteitscyclus met de diagnostische fase (meten en analyseren) en de behandel fase (verbeteren van kwaliteit)

Bij kwaliteitsverbetering staat de kwaliteitscyclus centraal. William Edwards Deming (1900-1993), hoogleraar aan Yale en later Columbia University, ontwierp de Plan-Do-Check-Act-kwaliteitscyclus (PDCA). 'Plan' staat voor het plannen van een verbetering (het projectplan), 'Do' voor de uitvoering ervan, 'Check' voor het meten en analyseren van de resultaten en 'Act' voor de uitvoering van een op grond van de metingen bijgesteld verbeterplan.

In het projectplan (zie voor een verdere uit-

werking hoofdstuk 6) staat beschreven 'wie wat wanneer doet' en wordt uitgegaan van optimale zorg, zoals een diagnostische of therapeutische innovatie, een 'best practice', richtlijn of protocol (zie hoofdstuk 2) of een morele (bijvoorbeeld patiëntgerichte werken; zie hoofdstuk 3) of veiligheidsnorm (zie hoofdstuk 5).

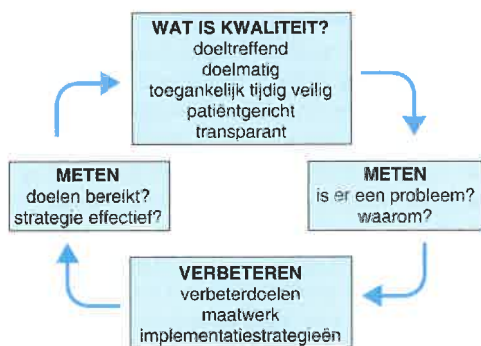
Belangrijk is het in 'real time' terugkoppelen van resultaten, de resultaatfeedback. Resultaatfeedback leerde Deming van Walther Shewhart toen beiden werkten voor Bell Telephone Company. Shewhart voerde bij Bell verbeterexperimenten uit. Zo bestudeerde hij bijvoorbeeld de effecten van meer licht op de werkvloer. Hij rekende het rendement (de kosten-effectiviteitsratio) van een dergelijke activiteit uit: de productietoename gedeeld door de kosten van meer licht. Omdat dit geen gecontroleerde experimenten betrof, maar voor- en nametingen, gebruikte Shewhart voor de effectmetingen een eenvoudige methode uit de statistiek: 'Statistical Process Control' (SPC). Grof gesteld ging men ervan uit dat als een getal in de tijd meer dan tweemaal de standaarddeviatie van het gemiddelde verandert, er een grote kans is dat de verandering niet met toeval te maken heeft (bijvoorbeeld spontane fluctuaties in werktempo), maar met de interventie (meer licht op de werkvloer). Naast deze rationele vorm van bedrijfsvoering paste Deming standaardisatie van productieprocessen (denk aan lopendebandwerk) met succes toe bij Ford en in de Japanse auto-industrie. Midden jaren tachtig volgden de eerste toepassingen in de gezondheidszorg.

De PDCA-methodologie is vertaald naar veel bedrijfsmatige processen. Zo is 'Lean Management' (Engels voor 'slanke productie') een methode die gebruikt wordt door de Japanse autofabrikant Toyota om processen te stroomlijnen. Dit bedrijf stelt de prijs- en kwaliteitseisen van zijn klanten centraal en richt daar zijn hele productieproces op in. Een constante en sterk gestandaardiseerde productie met eliminatie van verspilling zoals defecten aan machinerie en geproduceerde auto's, overproductie, wachten, opslag en transport leiden tot een goed en goedkoop en dus gewild product.

De term 'Six Sigma' komt uit de statistiek en duidt erop dat processen zo betrouwbaar zijn dat er in slechts drie van de miljoen producten afwijkingen ontstaan. Ook bij Six Sigma staan klant-

verwachtingen, standaardisatie, de PDCA-cyclus, proces- en uitkomstdata bewerkt met SPC centraal. De nadruk op sterk en gepassioneerd leiderschap komt daar nog eens bij. Motorola (telecommunicatie) en General Electric hadden zoveel succes met deze aanpak, dat veel Amerikaanse bedrijven deze methodiek, vaak in combinatie met Lean Management (men spreekt dan van 'Lean Six Sigma'), overnamen. Natuurlijk is er veel discussie over of deze bedrijfsmatige aanpak ook zo succesvol toegepast kan worden in de gezondheidszorg. Veel van de kwaliteitssystemen die besproken worden in hoofdstuk 4 zijn op bovengenoemde bedrijfsmatige principes gebaseerd.

De PDCA-cyclus vertoont een sterke analogie met de diagnostische en therapeutische fase van het medisch proces. De diagnostiek heeft kenmerken van de Planfase (plannen van een verbetering door definiëring van kwaliteit en meten en analyseren van de huidige zorg): wat is het probleem en waardoor wordt het veroorzaakt? De behandeling lijkt op de Do- en Checkfase: de uitvoering van het verbeterplan, het meten van de resultaten en het eventueel bijstellen (act) van het oorspronkelijke projectplan.



Figuur 1.2 De op de Plan-Do-Check-Act-cyclus gebaseerde kwaliteitscyclus als basis voor een continu verbeterproces.

Meten is weten en ligt aan de basis van verbeteren

In het midden van de negentiende eeuw deed de Weense obstetricus en patholoog Ignaz Semmelweis baanbrekende observaties in de 'First' en 'Second' obstetrische klinieken van het universi-

teitziekenhuis te Wenen. Zijn bevindingen deden het toenmalige, nog in de klassieke middeleeuwse humorale geneeskunde gelovende medisch establishment huiveren. Het was publiekelijk bekend dat er een groot verschil was in mortaliteit ten gevolge van kraamvrouwenkoorts: rond de 10% in de First en rond de 4% in de Second Clinic. Semmelweis vond slechts één verschil: de First Clinic was voor welgestelde vrouwen en een opleidingsziekenhuis voor medici, inclusief onderwijs op de snijzaal, en de Second Clinic was een kliniek voor de minder welgestelden en werd gerund door verloskundigen. De ontbrekende schakel kwam hij op het spoor toen een van zijn collega's in de First Clinic overleed aan een ziekte die leek op kraamvrouwenkoorts, nadat een van de medisch studenten tijdens een obductie hem per ongeluk raakte met zijn scalpel. Semmelweis postuleerde vervolgens de theorie dat materiaal van de overledenen via de handen vanuit de obductieruimte naar de verlos- en kraamkamers werd getransporteerd en adviseerde om tussendoor de handen te wassen. Om zijn hypothese te toetsen, verrichtte hij een voor- en nastudie. De mortaliteit in de First Clinic daalde door het wassen van de handen naar de waarden in de Second Clinic. De oppositie was heftig! De veronderstelling dat artsen verantwoordelijk waren voor de dood van hun patiënten vonden velen ongehoord. Semmelweis werd ontslagen en pas 15 jaar later kon hij zijn bevindingen publiceren.

Meten: structuur, proces en uitkomstmaten

Avedis Donabedian (1919-2000) was een Armeense christen die na zijn studie aan de universiteit van Beiroet emigreerde naar de VS, waar hij op Harvard hoogleraar Public Health werd. Hij stelde zichzelf de vraag: 'How can you tell if you have good quality of health care?' Welnu: door metingen te verrichten op het gebied van de zorgstructuur, het zorgproces en de zorguitkomst.^[6]

Structuurindicatoren zeggen iets over de aanwezigheid van organisatorische randvoorwaarden voor goede zorg (bijvoorbeeld de aanwezigheid van een diabetesverpleegkundige op de polikliniek om de zorg voor diabetespatiënten te optimaliseren). Procesindicatoren zeggen iets over het al dan niet (juist) uitvoeren van een handeling (bijvoorbeeld het wassen van de handen tussen patiëntcontacten of het voorschrijven van een bètablokker bij patiënten die een hartinfarct hebben

gehad). Uitkomstindicatoren meten de resultaten van zorg (bijvoorbeeld de sterfte na een myocardinfarct). Het meten van deze indicatoren speelt een belangrijke rol bij het identificeren van problemen (lage scores) en bij de monitoring van verbeteractiviteiten (zie hoofdstuk 6).

Veranderen

Uit de ervaringen van Semmelweis valt te leren hoe moeilijk het is om heersende opvattingen in de geneeskunde te weerleggen. Het kost mensen moeite om hun routinematig gedrag en denken te veranderen, ook al is dat aantoonbaar nuttig. De meeste veranderingen komen moeizaam tot stand. Vaak worden innovaties door een kleine groep mensen ontwikkeld, de zogenoemde innovators. Dan is er een wat grotere groep ‘early adaptors’ die snel nieuwe denkbeelden in hun praktijk inbouwen. Hoewel er discussie bestaat over de juistheid ervan, gaat het ‘Roger’s Diffusions of Innovations’-model ervan uit dat als ongeveer 20% van de doelgroep de vernieuwing toepast, de rest vanzelf volgt.^[7] Bij het invoeren van innovaties in de gezondheidszorg moet men zich dus niet vooral richten op de zogenoemde lag-gards (achterblijvers), die actief een verandering proberen tegen te houden (‘Zo deden we het toch altijd’, ‘Het ging toch altijd goed’). Indien de verandering is ingevoerd, kost het opvallend vaak moeite de verbetering op termijn te behouden.

Het komt erop aan om de factoren te achterhalen die gedragsverandering tegengaan (bijvoorbeeld een behoudende omgeving, het hoofd van een afdeling die het oude ongewenste gedrag blijft vertonen, etc.) of bevorderen (geld, complimenten, het gevoel goed te doen). In de eerdergenoemde diagnostische analyse in de kwaliteitscyclus worden deze zogenaamde belemmerende en bevorderende factoren achterhaald. Het succesvol omzeilen van barrières met gebruikmaking van stimuli is een belangrijke strategie bij kwaliteitsverbetering (zie hoofdstuk 6 voor een uitvoerige uitleg).

Domeinen of dimensies van kwaliteit van zorg

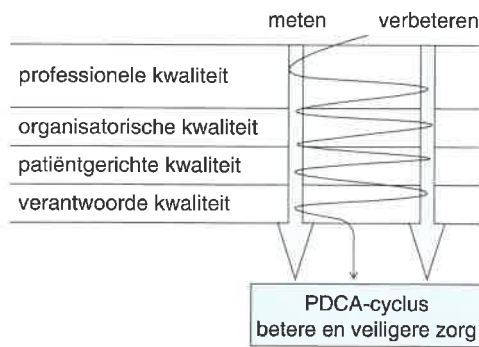
In 1996 werd de Kwaliteitswet Zorginstellingen aangenomen. Hierin staat dat de zorg doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht moet zijn. Op basis van deze wet en het belang van veilige zorg en goed functionerende zorgprofessionals kan

kwaliteit van zorg in de volgende domeinen worden onderscheiden:

- 1 *professionele kwaliteit* van zorg, dat wil zeggen dat de zorg doeltreffend, veilig en effectief is en verleend wordt door competente zorgverleners;
- 2 *organisatorische kwaliteit* betekent dat de zorg op doelmatige (of efficiënte) wijze wordt aangeboden;
- 3 *patiëntgerichte zorg* is zorg die afgestemd is op de wensen, noden en behoeften van de patiënt;
- 4 maatschappelijk, moreel en juridisch *verantwoorde zorg* wil zeggen dat de zorg tijdig, vrij toegankelijk en geïndividualiseerd naar de unieke patiënt wordt verleend door een zich verantwoord gedragende zorgverlener die bereid is verantwoording af te leggen (professioneel gedrag).

Overigens suggereert de gebruikte volgorde geen hiërarchie in het belang van elk domein; de patiënt centraal stellen behoort uitgangspunt te zijn bij ieder medisch handelen. Ook zijn de domeinen niet altijd goed van elkaar te scheiden en lopen elementen van professionele, patiëntgerichte en verantwoorde zorg door elkaar heen.

Het meten, analyseren en verbeteren loopt tijdens de kwaliteitscyclus door deze domeinen heen (zie figuur 1.3). De linker pijl is vooral gericht op de diagnostische fase (meten en analyse-



Figuur 1.3 De domeinen van kwaliteit van zorg, in relatie tot de Plan-Do-Check-Act-cyclus.

ren) en de rechter pijl vooral op de therapeutische (verbeter)fase.

Zo is bijvoorbeeld na te gaan waar in het domein van professionele kwaliteit de tekorten in de

zorgverlening zitten door te meten wat de adherentie is aan evidence-based aanbevelingen (bijvoorbeeld: welk percentage van de myocardinfarctpatiënten krijgt een bètablokker?). Vervolgens kan men analyseren waarom bepaalde aanbevelingen niet opgevolgd worden, een zogenoemde knelpuntenanalyse, en daar verbeterinterventies op richten (bijvoorbeeld aan het ontslagformulier van een Coronary Care Unit standaard een recept voor een bètablokker toevoegen). Uiteraard moet men daarna weer meten of daarmee de adherentie is verbeterd.

In het domein organisatorische kwaliteit kan men de lange wachttijd voor ontslag van CVA-patiënten vanuit het ziekenhuis aanpakken door bijvoorbeeld een aantal bedden in een revalidatiekliniek te 'huren'. Dit zal leiden tot een reductie van het percentage 'verkeerde bedden'. Meestal is dat ook nog financieel aantrekkelijk, omdat een ziekenhuisbed veel duurder is. Ten slotte verbetert vroege revalidatie het uiteindelijk functioneel herstel van een CVA-patiënt.

In het domein patiëntgerichte zorg kunnen de ervaringen van patiënten worden gemeten. Als de ervaringen ondermaats zijn en bijvoorbeeld blijken te berusten op onvoldoende voorlichting, kan men foldermateriaal voor patiënten laten maken en die met een toelichting door een gastvrouw of gastheer uitreiken aan alle patiënten. Vervolgens wordt weer gemeten of daarmee het probleem verdwenen is.

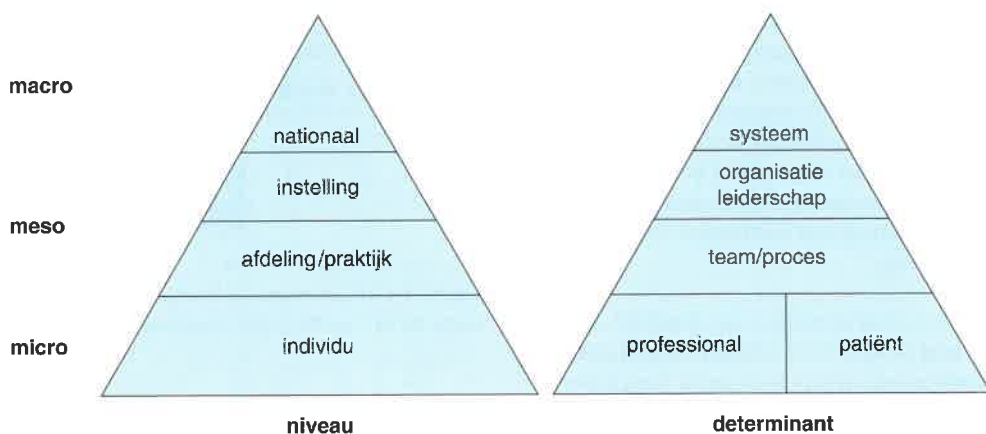
1.4 Veranderstrategieën

Niveaus in de piramide van kwaliteit van zorg: het micro-, meso- en macroniveau

De gezondheidszorg heeft een zekere mate van gelaagdheid, zoals weergegeven in figuur 1.4. Bovenaan (het macroniveau) staat het gezondheidszorgsysteem zoals dit op Europees en nationaal niveau georganiseerd is. Daaronder bevindt zich op het mesoniveau de meer lokale organisatie; het niveau van zorginstelling, afdeling en praktijk. Tot het microniveau rekent men het behandelteam, de zorgverleners en de patiënt. Al deze niveaus hebben specifieke kenmerken, zoals regels, besturingsvormen, controlemechanismen en eigen communicatievormen en culturen.

Bij verbeterinterventies moet met al deze kenmerken rekening worden gehouden. Tevens is het gewenst om op alle niveaus in afstemming te interveniëren.

Indien men bijvoorbeeld de patiënt een grotere rol wil geven in de eigen behandeling (zoals in het kader over goede, patiëntgerichte zorg van morgen), vraagt dit veranderingen op alle niveaus in de piramide. Deze veranderingen betreffen dus zowel het gezondheidszorgsysteem (bijvoorbeeld de afstemming tussen eerste en tweede lijn, inclusief de verantwoordelijkheidsverdeling en bekostiging) en de ziekenhuis- en praktijkorganisatie (ICT-capaciteit, zelf afspraak kunnen maken als patiënt) als de zorgverleners (meer consulent en begeleider) en de patiënt (bereid en in staat tot zelfmanagement).



Figuur 1.4 De organisatiepiramide van de gezondheidszorg op micro-, meso- en macroniveau.

Professioneel gedrag; de rol van reflectie en verantwoording afleggen

Goede en veilige zorg is afhankelijk van goed functionerende zorgsystemen én van goed functionerende zorgverleners. Doordat de opvattingen over wat een goede zorgverlener en met name een goed functionerende arts is geleidelijk veranderen, moeten opleidingen, scholing en herregistratie zich voortdurend aanpassen. In de opleidingen en scholing van artsen spelen in toenemende mate competenties die te maken hebben met kwaliteitsverbetering en het voorkomen van onveiligheid een prominente rol. Professioneel gedrag op basis van zelfreflectie en omgevingsfeedback en hierover verantwoording kunnen en willen afleggen, staan centraal. Objectieve omgevingsfeedback is van belang omdat de discrepantie tussen het oordeel vanuit de omgeving (collega's, patiënten en maatschappij) en het eigen oordeel aanzet tot kritische reflectie.

De externe druk op artsen is toegenomen; zij worden geacht op een transparante wijze kwalitatief goede en veilige zorg te leveren. De patiënt speelt een belangrijke rol in deze veranderingen. Hij heeft hogere verwachtingen, is mondiger en beter geïnformeerd. Daarnaast verandert de organisatie van de zorg: door de toegenomen complexiteit wordt van artsen verwacht dat zij meer en beter samenwerken in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. Deze ontwikkelingen dragen bij aan veranderingen in de rol, status en autonomie van artsen en de manier waarop de arts zijn of haar professie beleeft en uitoefent.

Educatie en continue professionele ontwikkeling

De vraag wat een goede dokter is, wordt omschreven in competentieprofielen. Zo beschrijft een uit Canada afkomstig model, CanMEDS, zeven rollen van de arts met elk twee tot vijf kerncompetenties. Deze rollen zijn die van respectievelijk medisch expert, communicator, samenwerker, manager, gezondheidsadviseur, leerling en professional. Een deel van deze CanMEDS-competenties is omgezet in kwaliteitsindicatoren, waarmee de kwaliteit van opleidingen gemeten en vergeleken kan worden. Expliciet worden het gebruik van richtlijnen, communicatie en samenwerking, praktijkorganisatie en logistiek management, verantwoording afleggen over prestaties, incidenten en complicaties en profes-

sioneel gedrag als algemeen kwaliteitskader genoemd.

Veranderde rol van de arts

De rol van de arts is onderhevig aan beduidende veranderingen. In tabel 1.1 zijn de belangrijkste samengevat.

Veranderde rol van de arts; het klassieke beeld

In het verleden waren de medische mogelijkheden beperkt. Er was een patriarchale een-op-eenrelatie met de patiënt ('doctor knows best') en sprake van een verlengde-arm-constructie via de verpleegkundige of paramedicus die de gegeven opdrachten uitvoerden. De cultuur was androgeen, met een veelvoud aan mannen. Niet zelden vloeide de praktijkvoering samen met hun persoonlijk leven, resulterend in lange werkweken en lange continudiensten. De maatschap vormde een gesloten bastion met een grote mate van autonomie. Problemen werden binnenskamers gehouden. Als er zaken structureel minder goed liepen, ging men harder in plaats van anders werken. Tijdens de opleiding was er sprake van de meester-gezelrelatie; men keek het werk af van de supervisor.

Veranderde rol van de arts; het moderne beeld

In de 'moderne' geneeskunde zijn de medisch-technische mogelijkheden sterk toegenomen. Dit heeft geleid tot een steeds verdergaande specialisatie. Daarnaast worden er steeds meer oudere patiënten met comorbiditeit gezien. Om hier adequaat op in te springen wordt expertise gecombineerd in multiprofessionele teams. Efficiëncymaatregelen zoals ligduurverkorting en het in dagverpleging verrichten van gecompliceerdere zorgactiviteiten zetten het systeem onder druk. Als compensatie organiseert men de zorg in zogenaamde zorgpaden die vaak beginnen met eendagsdiagnostiek. Het afstemmen van vraag en aanbod in een dergelijke keten heeft een betere capaciteitsplanning tot gevolg. De zorg is sterk gestandaardiseerd, de coördinatie verloopt via speciale functionarissen ('case managers'), de overdracht is geprotocolleerd via controlelijsten en ketensturing geschiedt met behulp van proces- of uitkomstindicatoren. Deze wijze van praktijkvoering is de meeste artsen vreemd en vraagt erom het procesmatig denken en handelen een structurele plaats te geven in de opleiding. Via

Tabel 1.1 De veranderde rol van de arts.

	<i>Klassiek beeld</i>	<i>Modern beeld</i>
medische mogelijkheden	beperkt	(overschat) onbegrensd
werkveld	generiek	specialistisch
patiënt	één ziektebeeld	multimorbiditeit, ouder
relatie met patiënt	patriarchaal: 'doctor knows best'	'partnering': adviseur
	unieke kennis	gelijkwaardigheid, gedeelde kennis (wiki, chatrooms)
	een-op-een	teamwork
	ziektegeoriënteerd	ook op psychosociale gevolgen georiënteerd
relatie met zorgnetwerk	verlengde arm	multiprofessionele en transmurale samenwerking
activiteit	reactief	indien mogelijk proactief
cultuur	meer mannen	meer vrouwen
	onbeperkte werkuren	beperkte werkuren
maatschap	gesloten, intern gericht	open, autonoom mits transparant
kwaliteit	vanzelfsprekend	verantwoording afleggen
problemen	binnenskamers zelfplossend	externe bewaking grenzen
	harder werken	anders werken
opleiding	meester-gezel	competentiegericht
	vrijblijvend	objectieve feedback
praktijkprincipe	'authority and experience based'	'evidence based'

voorlichting en scholing worden patiënten gestimuleerd zelf hun zorg te regelen (zelfmanagement).

Het beroep is sterk gefeminiseerd door de toegenomen aantallen vrouwelijke artsen. In het consult is er meer oog voor communicatie en sociale gevolgen van ziekte. Ook in de verpleging en de paramedische zorg is de behoefte ontstaan het handelen te baseren op wetenschappelijke principes ('evidence-based practice').

Steeds meer wordt van artsen gevraagd verantwoording af te leggen over de kwaliteit (meetbaar betere zorg) en veiligheid (meetbaar minder incidenten, complicaties en mortaliteit) van de geboden zorg; niet alleen door collega's, maar ook door patiënten, verzekeraars en de pers. De geneeskunde bureaucratiseert en juridiseert net als

in de VS in toenemende mate. De voortdurend uitdijende medische kennis komt steeds meer beschikbaar via gemakkelijke ICT (Medline, Cochrane), ook voor het publiek (Wikipedia, Google). De explosief stijgende kosten (nu 9,4% van het Bruto Nationaal Product) tracht men te beteugelen door voorzichtig marktwerking te introduceren, met keuzevrijheid voor patiënt en zorgverzekeraar.

Het nieuwe type professional: tot verantwoording gehouden en bereid^[8]

Eliot Freidson omschreef professionals als: 'A profession is a work group that reserves to itself the authority to judge the quality of its own work. This is granted by society for the assumption of specialized expertise, altruism and self regula-

tion.’ In 2000 werd in de VS een nieuwe medisch-professionele standaard omschreven.^[9] Een belangrijke passage hierin luidt: ‘To maintain the fidelity of medicine’s social contract, physicians must reaffirm their active dedication to the principles of professionalism, which entails not only their personal commitment to the welfare of their patients but also collective efforts to improve the health system for the welfare of society. Physicians must participate in the development of better measures of quality and the application of quality measures to assess the performance of individuals, institutions and systems responsible.’ In 2005 voegde de Britse Royal College of Physicians daar een eigen definitie aan toe, namelijk: ‘Het geheel van waarden, gedrag en relaties dat ten grondslag ligt aan het vertrouwen dat het publiek in een arts heeft.’^[10] Dit heeft geresulteerd in een internationale vragenlijst om ‘medical professionalism’ uit te diepen (zie kader over kenmerken van modern professioneel gedrag voor de thema’s die uitgevraagd worden).^[11]

Centraal daarin staan ‘transparency, accountability to society and partnership with patients’. Met andere woorden: verantwoording kunnen en willen afleggen aan zichzelf (reflectie), collega’s (meningen, beoordelingen), patiënten (keuze-informatie) en maatschappij (doelmatigheid, veiligheid). Artsen dienen ongelijkheid in de zorg ten gevolge van ras, afkomst of geslacht te reduceren, te werken aan continue verbetering van kwaliteit, dienen belangen van patiënten boven economische belangen te stellen en moeten in-adequaat gedrag van collega’s, klinieken en instellingen melden.

Voor de Nederlandse artsen zijn de competenties omschreven in een beleidsstuk van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (KNMG): het Kwaliteitsmanifest uit 2003. De toegenomen aandacht voor kwaliteit wordt weerspiegeld in de thema’s communicatie, samenwerken, teamspeler, kritische reflectie, management en zorgketens. Van belang zijn het afleggen van verantwoording, openheid in de omgang met klachten en fouten, het achterhalen van verbeterpunten op basis van intercollegiale toetsing en periodieke evaluatie van het handelen.

Objectieve individuele reflectie en toetsing

Momenteel vindt slechts marginale toetsing van professionele ontwikkeling plaats. De laatste jaren is er een streven ontstaan om professionele ontwikkeling meer te sturen op basis van objectieve feedback over relevante factoren. Men kan op websites van ziekenhuizen in omliggende landen lezen welke bijzondere verrichtingen er plaatsvinden, welke ervaring zorgverleners hebben en welke resultaten er bereikt worden. Helaas worden veel van deze websites gemaakt vanwege markteconomische motieven en niet om patiënten op betrouwbare wijze te gidsen naar goede zorg.

In Nederland experimenteert men momenteel met een bijzondere vorm van omgevingsfeedback (meningen van patiënten en collega’s). Dit vormt de basis voor een ‘op feiten gebaseerd’ collegiaal evaluatiegesprek met een getrainde collega. De medisch specialist stelt zelf een portfolio samen en vult een vragenlijst in over zijn functioneren, die wordt vergeleken met de meningen van anderen. Na het gesprek worden verbeterpunten vastgelegd in een zogenaamd SMART-verbeterplan (‘specific, measurable, attractive, realistic, time driven’) met vervolgens een periodieke follow-up. In intervisiegroepen worden ervaringen gedeeld, terwijl steeds meer collega’s een coach hebben die hen ondersteunt.

Kenmerken van ‘modern’ professioneel gedrag^[11]

- Professionele waarden zijn in overeenstemming met publieke verwachtingen
- Expliciete standaarden voor prestaties
- Collectieve verantwoordelijkheid voor het monitoren van prestaties
- Systematisch aan het publiek aantonen dat professionals up-to-date zijn en goed presteren
- Regelingen voor disfunctionerende artsen
- Vermijden van discriminatie en bevorderen van eerlijke verdeling van middelen
- Het belang van patiënten vooropstellen, hen met compassie, waardigheid en respect behandelen, hun autonomie respecteren, het handhaven van vertrouwelijkheid, eerlijk zijn en het vermijden van ongepaste relaties

- In relaties met collega's constructief samenwerken, acties ondernemen bij slecht functioneren en op juiste wijze omgaan met verschillende belangen

- Leveren van goede zorg en de klinische kennis en vaardigheden up-to-date houden

Kernpunten

- Dit hoofdstuk behandelt de domeinen van kwaliteit van zorg, zoals professionele kwaliteit, organisatorische kwaliteit, patiëntgerichte kwaliteit en verantwoorde kwaliteit.
- De kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg zijn niet optimaal; daarom moet er sprake zijn van continue verbetering, geleid door competente artsen.
- Bij de continue verbetering staat de kwaliteitscyclus centraal.
- In de eerste fase staat de definitie van kwaliteit centraal (de gewenste norm) en de probleemanalyse op de voorgrond: waarom is de zorg niet zoals gewenst? De tweede fase is gericht op de verbeterinterventies.
- Door de toename in wetenschappelijk onderzoek naar effectieve interventies zal op wetenschappelijk bewijs gebaseerde verbeterkunde een steeds prominere rol krijgen in de geneeskunde.
- Bij verbeteringen is de rol van ondersteunende informatie- en communicatietechnologie belangrijk.
- Een nieuwe kerncompetentie van de arts is de bereidheid om verantwoording af te leggen.

Literatuur

- 1 McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, Kerr EA. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003;348:2635-45.
- 2 Amalberti R, Auroy Y, Berwick D, Barach P. Five system barriers to achieving ultrasafe health care. *Arch Intern Med* 2005;142:756-64.
- 3 Brennan R, Leape L, Liard M, Herbert L, Localio A, Lawthers A, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study. *N Engl J Med* 1991; 324:370-6.
- 4 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds). *To err is human – Building a safer health system*. Washington: National Academic Press, 2000.
- 5 Zegers M, Bruijne MC de, Wagner C, Hoonhout LH, Waaijman R, Smits M, et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *Qual Saf Health Care* 2009;18:297-302.
- 6 Donabedian A. The quality of health care: how can it be assessed? *JAMA* 1988;260:1743-8.
- 7 Rogers E. *Diffusion of innovations*. Glencoe: Free Press, 1964.
- 8 Tallis RC. Doctors in Society: Medical professionalism in a changing world. *Clin Med* 2006;6:7-12.
- 9 Project of the ABIM Foundation. *Medical professionalism in the new millennium: a physician charter*. *Ann Intern Med* 2002;136:243-6.
- 10 Royal College of Physicians. *Doctors in society; medical professionalism in a changing world*. London: RCP, 2005.
- 11 Campbell EG, Regan S, Gruen RL, Ferris TG, Sowmya RR, Cleary PD, Blumenthal D. Professionalism in medicine: Results of a national survey of physicians. *Ann Intern Med* 2007;147:795-802.

Doeltreffende zorg

J.S. Burgers, H. Vermeulen en H. Wollersheim

2

Samenvatting

Van professionals in de gezondheidszorg wordt verwacht dat zij goede, doeltreffende zorg leveren en dat de gemaakte keuzes kunnen worden verantwoord. De moderne zorgprofessional vertrouwt niet meer louter op ervaring, traditie en gezag, maar beroept zich zoveel mogelijk op resultaten uit wetenschappelijk onderzoek. Evidence-based medicine (EBM) is een geschikte methode om de keuzes voor doeltreffende zorg te onderbouwen met het beste bewijsmateriaal uit wetenschappelijk onderzoek. Dit bewijs – de ‘evidence’ – wordt gecombineerd met klinische expertise en de voorkeuren van de patiënt. Hierbij worden de volgende vijf stappen gevolgd: 1) Een klinisch probleem vertalen in een beantwoordbare vraag. 2) Efficiënt zoeken naar het beste bewijsmateriaal. 3) Kritisch beoordelen van de gevonden literatuur op validiteit, effecten en toepasbaarheid. 4) Toepassen van het bewijs op individuele patiënten in de praktijk. 5) Regelmatig evalueren van de kwaliteit van dit proces.

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op het nut en de noodzaak van het EBM-gedachtengoed aan de hand van praktijkvoorbeelden en ‘best practices’ uit zowel de eerste als de tweede lijn, alsook op het gebruik van evidence-based richtlijnen bij de toepassing van EBM in de praktijk. Tevens wordt de noodzaak van samenwerking, zowel in teamverband als regionaal, belicht. Deze samenwerking gedijt bij transparantie over de zorgdoelen, geprotocolleerd werken, heldere afspraken en communicatie, terugkoppeling van resultaten en openstaan voor verbetering van het zorgproces.

Leerdoelen

Na bestudering van dit hoofdstuk is de lezer in staat:

- de rol van evidence-based medicine in het leveren van optimale patiëntenzorg te beschrijven;
- de vijf opeenvolgende stappen van evidence-based medicine te beschrijven;
- de beginselen van het kritisch beoordelen van medisch-wetenschappelijke literatuur en niveaus van bewijs te noemen;
- de rol van richtlijnen, standaarden en protocollen in het bevorderen van doeltreffende zorg aan te geven;
- de principes van evidence-based richtlijnontwikkeling te verwoorden;
- voorbeelden te geven van doeltreffende en wetenschappelijk verantwoorde zorg.

2.1 Inleiding

Effectieve zorg: een voorbeeld

U bent huisarts en heeft avonddienst op de huisartsenpost in uw regio. Om 23.00 uur ziet u Lotte Sanders (3 jaar) op het spreekuur. Haar moeder vertelt dat ze huilend wakker was geworden vanwege pijn, waarbij ze greep naar het rechteroor. De avond daarvoor was dat ook het geval geweest. Toen had moeder paracetamol gegeven. Na een uur was de pijn afgezakt en was Lotte toch rustig gaan slapen. Overdag was ze weer speels. Ze had wel wat minder gegeten, maar goed gedronken. Ze was al langer flink verkouden. Deze avond had ze weer dezelfde oorspijn, maar ook koorts: 39,4 graden.

Lotte komt slapend op de arm van haar moeder de spreekkamer binnen. Haar vader is er ook bij. Moeder vertelt dat zij zich zorgen begint te maken. Ze vindt haar dochter suffer dan de avond tevoren en vraagt zich af of de oorontsteking niet zou kunnen verergeren en hersenbeschadiging zou kunnen veroorzaken. Tijdens het telefonisch contact had de assistente uitgelegd dat de kans daarop zeer klein is, maar de moeder wil toch graag dat een arts haar dochter beoordeelt. Vader voegt daaraan toe dat hij een goede behandeling wil, want hij heeft nare verhalen gehoord over 'verwaarloosde oorontstekingen'.

U vraagt moeder het kind wakker te maken, wat na enkele keren aanspreken lukt. Op de onderzoeksbank begint Lotte flink te huilen en verzet zich hevig bij het lichamelijk onderzoek. U stelt vast dat er geen meningeale prikkeling is. Op de schoot van moeder wordt Lotte rustig en kunt u beide oren goed beoordelen. Het rechter trommelvlies is duidelijk rood en gespannen, aan de linkerzijde zijn geen afwijkingen. Het kind heeft geen loopoor. U besluit tot de diagnose otitis media acuta dextra.

U legt aan de ouders uit dat Lotte een oorontsteking heeft en dat dit de pijn en koorts verklaart. Tevens geeft u aan dat er geen aanwijzingen voor complicaties zijn. U legt uit dat de behandeling symptomatisch is, dat wil zeggen paracetamol tegen de pijn (twee- tot driemaal daags een zetje van 240 mg), en dat in de meeste gevallen de ergste pijn binnen twee tot drie dagen overgaat. Controle is in principe niet nodig, tenzij de klachten niet verbeteren of de ouders zich zorgen blijven maken. De vader vraagt vervolgens: 'Dus u geeft geen antibiotica?' U legt uit dat het effect van antibiotica bij oorontsteking beperkt is en dat de landelijke richtlijnen voor huisartsen een terughoudend beleid met betrekking tot het voorschrijven van antibiotica adviseren. De vader wil er toch meer van weten: 'Wat bedoelt u met beperkt? Ik wil graag dat mijn kind zo snel mogelijk van de pijn verlost wordt en de beste behandeling krijgt.'

Bovenstaande casus betreft een alledaags voorbeeld van een huisarts die het beleid moet bepalen bij een kind met otitis media acuta. U wilt doeltreffende zorg voor dit kind verlenen, waarbij de ouders duidelijke uitleg en instructies krijgen. Hoe bepaalt u wat doeltreffend is?

Doeltreffende zorg definiëren wij als zorg die

het beoogde effect heeft in de dagelijkse praktijk. Dit effect is pas met zekerheid achteraf te bepalen. Vooraf, op het moment dat een patiënt zich tot de zorgverlener wendt, wordt een inschatting gemaakt van het natuurlijke beloop en de eventuele meerwaarde van het inzetten van een of meer interventies. Bij het opstellen van het beleid worden onderbouwde en weloverwogen keuzes gemaakt op basis van kennis van de professionele standaard en ervaring in de praktijk. Dit maakt de zorgverlener tot een zorgprofessional.

In dit hoofdstuk bespreken wij de principes van evidence-based medicine (EBM) en de rol daarvan in de besluitvorming van een zorgprofessional in de praktijk. Tevens komt de rol van evidence-based richtlijnen aan de orde bij het leveren van doeltreffende patiëntenzorg. Essentieel hierbij is dat de zorgprofessional het beleid in de praktijk baseert op gegevens uit de wetenschappelijke literatuur, aangevuld met praktijkervaring en klinische expertise, waarbij rekening wordt gehouden met de voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt.

2.2 Kenmerken van evidence-based medicine

Geneeskunde is het vakgebied dat zich richt op het toepassen van interventies met als doel het herstellen van de gezonde toestand, het verzachten van symptomen of het voorkómen van ziekten.^[1] De interventies kunnen screening, preventie, diagnostiek en therapie betreffen. Het begrip EBM verwijst naar het onderbouwen van keuzes in de zorg en daarbij zoveel mogelijk gebruikmaken van resultaten uit wetenschappelijk onderzoek ('evidence').^[2,3] Persoonlijke ervaringen of opinies van hoogleraren of superieuren, ook wel 'authority-based medicine' genoemd, kunnen van waarde zijn, maar mogen geen exclusieve rol spelen in de besluitvorming. Het gaat bij EBM vooral om de wetenschappelijke verantwoording. Dit wordt tegenwoordig van elke zorgprofessional verwacht door collega's, directies en besturen van instellingen, beroepsverenigingen, zorgverzekeringen en de politiek. Ook patiënten stellen toenemende eisen aan zorgprofessionals en willen graag betrokken worden bij de keuzes, met voldoende informatie over de mogelijkheden. Toch

roept EBM ook vragen op, zoals: leidt EBM niet tot 'kookboekgeneeskunde' en beperking van de autonomie van de zorgprofessional? Indien er onvoldoende of tegenstrijdig bewijs is voor bepaalde handelingen, zijn deze dan niet evidence-based of zelfs omstreden?^[4] In de volgende paragrafen wordt de gangbare definitie van EBM besproken, evenals welke stappen worden doorlopen bij de toepassing van EBM in de praktijk. De voorgaande casus zal worden gebruikt om de uitvoering van de stappen te illustreren. De casus is een voorbeeld uit de huisartspraktijk, maar de principes en overwegingen die het beleid bepalen kunnen ook worden toegepast door andere disciplines in een andere setting, zoals het ziekenhuis. Ook daar worden vaak complexe afwegingen gemaakt om patiënten goed te kunnen verzorgen en beter te maken. Tot slot wordt in detail ingegaan op de verschillende niveaus van wetenschappelijk bewijs die onderscheiden kunnen worden. Hierbij komt ook de plaats van argumentatie op basis van overige overwegingen en consensus aan de orde.

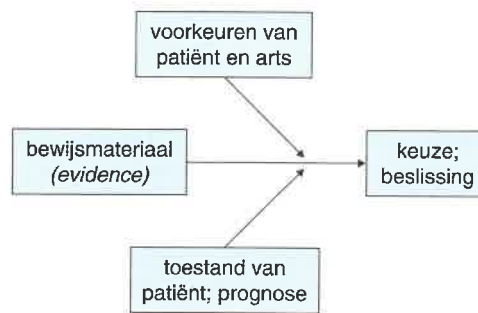
2.2.1 DEFINITIE VAN EBM

De term EBM was oorspronkelijk gekoppeld aan een nieuwe onderwijsmethode, ontwikkeld aan de McMaster University in Canada. David Sackett wordt als een van de grondleggers van deze methode gezien. Samen met andere onderzoekers formuleerde hij de volgende definitie van EBM:^[2]

'Evidence-based medicine is het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen over de zorg voor individuele patiënten.'

'Evidence' wordt in het Nederlands doorgaans vertaald als wetenschappelijk bewijsmateriaal, ofwel de resultaten van valide en relevant klinisch-wetenschappelijk onderzoek. In de praktijk wordt het 'beste bewijsmateriaal' aangevuld met klinische ervaring van zorgprofessionals en de individuele wensen en voorkeuren van de patiënt om een definitieve keuze te maken tussen de verschillende beleidsopties (zie figuur 2.1).

Het wetenschappelijke bewijs voor een bepaalde optie is niet altijd eenduidig en soms zelfs



Figuur 2.1 Bronnen van informatie bij evidence-based medicine. (Bron: Offringa M, Assendelft WJJ, Scholten RJPM (red). Inleiding in evidence-based medicine. Derde, herziene druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008; p. 23).

tegenstrijdig. Zo kunnen er voor- en nadelen aan een beleidsoptie kleven of zullen er afwegingen gemaakt moeten worden ten aanzien van bijvoorbeeld effectiviteit, veiligheid, kosten en de beschikbaarheid van voorzieningen. Ook het patiëntenperspectief dient meegenomen te worden in de waardering van de voor- en nadelen van de verschillende interventies. Bij de nadelen kan gedacht worden aan de pijn en hinder van diagnostische procedures en aan bijwerkingen of complicaties van geneesmiddelen, bestralingen en operaties. Deze zijn vaak niet goed af te leiden uit de wetenschappelijke literatuur, zodat de praktijkervaring van professionals in de zorg en de ervaring van patiënten met eerdere behandelingen een belangrijke rol kunnen gaan spelen in de besluitvorming. Gezien de uiteenlopende toestand, wensen en verwachtingen van patiënten is het vertalen van wetenschappelijke bewijs naar de eigen praktijk bij uitstek maatwerk en toegespitst op de individuele patiënt. Onderdeel hiervan is persoonlijke aandacht en helder communiceren over de mogelijkheden. Het is dus een misvatting dat EBM 'kookboekgeneeskunde' is en leidt tot onpersoonlijke zorg. EBM helpt om de achtergronden en motivatie voor bepaalde beleidsopties transparant te maken. Hierdoor kan de patiënt meedenken met het opstellen van een beleidsplan en goed geïnformeerd eigen keuzes maken.

2.2.2 VIJF STAPPEN VAN EBM

Het toepassen van EBM in de klinische praktijk vergt vijf stappen (zie kader), die ook als een cyclus kunnen worden doorlopen.^[5] Op grond van nieuwe bevindingen en ervaringen kunnen de beleidskeuzes in de loop van de tijd veranderen. Up-to-date blijven is een sine qua non voor EBM. Dat geldt ook voor kritische zelfreflectie en het toelaten van twijfel over de juistheid van beslissingen. Ook al wordt een bepaalde behandeling al jarenlang toegepast, werkt die wel echt? Tevens kan het signaleren van variatie in zorg een reden zijn om de vijf EBM-stappen te doorlopen, omdat dit een uiting kan zijn van klinische onzekerheid. Het herkennen van deze onzekerheid gaat vooraf aan de eerste stap van EBM: het stellen van beantwoorbare vragen.

De vijf stappen van evidence-based medicine

- 1 Het klinisch probleem vertalen in een beantwoorbare vraag
- 2 Het efficiënt zoeken naar het beste bewijsmateriaal
- 3 Het kritisch beoordelen van de gevonden literatuur op validiteit, effecten en toepasbaarheid
- 4 Het toepassen van het bewijs op individuele patiënten in de praktijk
- 5 Het regelmatig evalueren van de kwaliteit van dit proces

Opstellen beantwoorbare vraag

EBM begint met het stellen van kritische vragen. De huisarts in de casus stelt voor om op basis van de 'beperkte' effectiviteit geen antibiotica toe te dienen. Toch wordt deze behandeling vaak toegepast in de praktijk en is er variatie tussen huisartsen. Derhalve kan er getwijfeld worden aan de effectiviteit van deze behandeling. Maar wat wordt er eigenlijk bedoeld met effectiviteit? Gaat het om reductie van pijn, koorts of complicaties? Ook kunnen er vragen gesteld worden als: wat zijn de risico's en kansen op bijwerkingen van behandeling met antibiotica en wat zijn de risico's van het achterwege laten van deze behandeling? Kortom, zijn antibiotica echt nodig voor het

leveren van doeltreffende zorg voor kinderen met otitis media acuta?

Om structuur in de vragen aan te brengen, zodanig dat er sprake is van een zogenoemde beantwoorbare vraag ofwel een vraag die door middel van gericht literatuuronderzoek kan worden beantwoord, worden vier elementen onderscheiden, namelijk populatie, interventie, controle (of 'comparison') en outcome (uitkomst), die samen de afkorting PICO vormen en die hieronder worden toegelicht.

- 1 **Populatie:** de groep patiënten (of cliënten) op wie de vraag van toepassing is. Bij vragen over preventie kan het gaan om de algemene bevolking (cliënten), bij vragen over diagnostiek gaat het meestal om patiënten met bepaalde klachten die het spreekuur van een arts bezoeken en bij vragen over behandeling gaat het om patiënten met een bepaald ziektebeeld. Daarnaast kunnen kenmerken als geslacht, leeftijd en eventueel ras of etniciteit worden meegenomen in de omschrijving van de populatie. Naarmate de omschrijving specifiekere is, zal het literatuuronderzoek minder artikelen opleveren, maar wel meer gerichte informatie over de populatie waarin men geïnteresseerd is. In de casus gaat het om een jong kind (3 jaar) dat zich presenteert bij de huisarts met otitis media acuta.
- 2 **Interventie:** de maatregel, procedure, test, ingreep of behandeling die wordt toegepast en waarvan men de effecten wil onderzoeken. Bij een interventie denkt men vaak aan medische handelingen, maar dat is niet altijd het geval. Bij diagnostische vragen kunnen ook anamnesevragen onderwerp van studie zijn. Bijvoorbeeld: wat is de voorspellende waarde van oorpijn voor de diagnose otitis media acuta? De vraag 'Heeft u oorpijn?' is dan de interventie die kan worden onderzocht bij alle patiënten die het spreekuur bezoeken met oorklachten. Bij jonge kinderen zou het interessant kunnen zijn om aan de ouders de vraag te stellen: 'Denkt u dat uw kind oorpijn heeft?' In de praktijk gaat het meestal om een combinatie van vragen en bevindingen bij lichamelijk onderzoek. Bij de diagnostiek van otitis media acuta speelt de otoscopie een sleutelrol. Een vraag die dan gesteld kan worden is welke diagnostische waarde de bevinding 'rood

trommelvlies' bij otoscopie heeft bij patiënten met oorpijn. Bij behandelinterventies kan worden gedacht aan geneesmiddelen, operaties, maar ook aan leefstijladviezen en educatie- en revalidatieprogramma's. Bij samengestelde programma's moeten alle onderdelen helder worden beschreven, waarbij duidelijk moet zijn wie deze uitvoeren. In de casus is de interventie het toedienen van antibiotica.

- 3 *Controle* (of *'comparison'*): de gangbare procedure waarmee de interventie wordt vergeleken. Bij diagnostiek gaat het om de zogenoemde referentietest. De testeigenschappen van de diagnostische interventie (de *'indextest'*) worden daarmee vergeleken. Bij behandelvragen naar de effecten van geneesmiddelen betreft de controle een ander geneesmiddel of placebo, die in dezelfde vorm (bijvoorbeeld tablet, drank, poeder, injectie) wordt gegeven als het geneesmiddel. Bij een operatie zou een placebo-ingreep de controle kunnen zijn, waarbij alleen een wond wordt gemaakt en dichtgenaaid zonder verdere acties. Een dergelijke procedure wordt echter vrijwel nooit goedgekeurd door medisch-ethische commissies, zodat onderzoek naar chirurgische interventies het veelal zonder controlegroep moet doen. Bij complexe interventies en programma's bestaat de controle vaak uit de gebruikelijke zorg (*'usual care'*). In de casus is de controle een behandeling met placebo, wat in de praktijk wordt beschouwd als het afwachten van het natuurlijke beloop.
- 4 *'Outcome'* (*uitkomst*): de uitkomstmaat waarmee het effect of de doeltreffendheid wordt gemeten. Bij diagnostische vragen gaat het om de diagnostische waarde van een test om een bepaalde aandoening aan te tonen dan wel uit te sluiten. Deze aandoening moet dan wel helder en eenduidig worden gedefinieerd. Bij otitis media acuta gaat het om 'een infectieuze ontsteking van het middenoor met een duur korter dan drie weken'. Bij vragen over het effect van een behandeling kan de uitkomst worden gemeten door te vragen naar de (vermindering van) symptomen, zoals pijn, hinder of ziektegevoel, of door de morbiditeit (bijvoorbeeld bijwerkingen of complicaties zoals mastoïditis of meningitis) en de mortaliteit (sterfgevallen na een bepaald aantal dagen) te meten. Ook kunnen meer indirecte uitkomstmaten worden gebruikt, zoals het aantal ziekenhuisopnames.

Vaak worden er meerdere uitkomstmaten gehanteerd of gecombineerd in een samengestelde uitkomstmaat. In de casus over otitis media acuta kan het effect van de behandeling worden nagegaan door dagelijks de pijn te meten. Daarnaast kan gekeken worden naar het optreden van een trommelvliesperforatie (loopoor), otitis media acuta aan het andere oor, recidieven binnen een jaar en naar bijwerkingen van de behandeling, zoals overgeven, diarree of huiduitslag.

Zoeken naar het beste bewijsmateriaal

Het streven van EBM is om te zoeken naar het 'beste' bewijsmateriaal. Dit veronderstelt volledigheid en een waardering van het bewijs (het beste uit het al het beschikbare bewijsmateriaal). Sinds de beschikbaarheid van elektronische literatuurdatabases (zoals Medline en de Cochrane Library) is het systematisch zoeken naar relevante literatuur minder omslachtig en tijdrovend geworden. Toch vergt systematisch literatuuronderzoek veel kennis en vaardigheden over de samenstelling van de databases en de wijze waarop doeltreffend en doelmatig kan worden gezocht met de juiste combinatie van trefwoorden. Iedereen kan 'quick and dirty' via Pubmed naar literatuur zoeken over de effecten van antibiotica bij otitis media acuta, maar de ervaren literatuurspecialist kent de juiste termen en weet welke zoekfilters kunnen worden gebruikt om de zoekopdracht specifiek of sensitiever te maken, afhankelijk van de opbrengst van de eerste oriënterende search. Elk literatuuronderzoek heeft zijn beperkingen. De kunst is om de kans op vertekening (*'bias'*), ofwel het trekken van een conclusie die niet overeenkomt met de werkelijkheid, zo klein mogelijk te houden. Hierbij kunnen de volgende uitgangspunten worden gehanteerd.

- Het gebruik van betrouwbare databronnen. Dit zijn bij uitstek de bibliografische databases die centraal worden bijgehouden met gebruik van gestandaardiseerde methoden. Medline is de bekendste database die gratis kan worden geraadpleegd via Pubmed. Andere databases zijn Embase (bevat vooral biomedisch en geneesmiddelonderzoek), PsychLit (voor psychologische literatuur) en Cinahl (voor verpleegkundige en paramedische literatuur). De Cochrane Library is de belangrijkste bron van systematische literatuuroverzichten (systematische re-

views). Een handige zoekmachine die meerdere databases tegelijk doorzoekt, waaronder Pubmed, DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness, ook onderdeel van de Cochrane Library) en de National Guideline Clearinghouse, is SUMSearch, die gratis via internet is te raadplegen.

- Het systematisch zoeken door middel van een combinatie van trefwoorden die de meest relevante elementen (PICO) uit de vraag bevatten. Meestal zijn dit de populatie (bijvoorbeeld kinderen met otitis media acuta) en de interventie (antibiotica). Voor het vertalen van een zoekvraag naar een concrete zoekstrategie wordt verwezen naar de helpfunctie en tutorials van Pubmed of de *Praktische handleiding PubMed*, een handzaam boekje dat stap voor de stap de zoekprocedure beschrijft.^[6]
- Het selecteren van de meest relevante literatuur aan de hand van helder gedefinieerde inclusie- en exclusiecriteria. Deze kunnen betrekking hebben op de taal waarin het artikel is verschenen, het jaar van publicatie, maar liever het onderzoeksdesign (bijvoorbeeld ‘randomized controlled trials’), de onderzoekspopulatie (bijvoorbeeld geen ziekenhuispopulatie), klinisch-inhoudelijke aspecten (bijvoorbeeld diagnose vastgesteld door middel van beeldvormend onderzoek) en meer praktische aspecten, zoals de beschikbaarheid van de artikelen en het maximale aantal gewenste artikelen, vanwege haalbaarheidsoverwegingen. De selectie van artikelen vindt meestal plaats op grond van de titel en het abstract. Bij een systematische review wordt de selectie doorgaans onafhankelijk door twee personen gedaan, die vervolgens overeenstemming trachten te bereiken over de definitieve selectie. Bij toepassing van EBM in de klinische praktijk is dit nogal omslachtig en meestal niet haalbaar.
- Het expliciet beschrijven van de zoekstrategie en selectie van literatuur. Hierdoor kan de zoekactie desgewenst door andere onderzoekers worden overgedaan of op een later tijdstip worden herhaald om de meest recente artikelen over hetzelfde onderwerp op te sporen. Voor de weergave van de selectieprocedure kan gebruikgemaakt worden van een flowchart (stroomdiagram), waarin per stap wordt aangegeven hoeveel artikelen afvallen door de toepassing van bepaalde criteria. De uiteindelijke

selectie betreft de verzameling artikelen die geheel worden gelezen en beoordeeld.

Als er veel bewijsmateriaal voorhanden is, zullen er keuzes gemaakt moeten worden om het literatuuronderzoek toch behapbaar te maken. Aangeraden wordt om eerst te kijken naar bestaande systematische reviews. Als er een recente Cochrane review beschikbaar is over het onderwerp, kan dat veel tijd besparen. Andere systematische reviews kunnen ook bruikbaar zijn, maar de kwaliteit ervan loopt uiteen. Soms worden er in het kader van richtlijnontwikkeling systematische reviews uitgevoerd, die niet apart worden gepubliceerd. De richtlijnen van het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in Engeland en Wales bevatten soms bruikbare reviews die antwoord geven op specifieke vragen. Als er geen goede systematische reviews voorhanden zijn, wordt een selectie gemaakt op basis van onderzoeksdesign door bijvoorbeeld te zoeken op ‘randomized controlled trials’ (RCT’s). Hiervoor zijn speciale methodologische filters beschikbaar.

Als de literatuurzoekstrategie te weinig oplevert, moet in eerste instantie getwijfeld worden aan de juistheid van de trefwoorden. De MeSH-database (Medical Subject Headings), toegankelijk via Pubmed, bevat een grote verzameling aan trefwoorden met een boomstructuur, die geraadpleegd kan worden. Als er een of meer sleutelartikelen over het onderwerp bekend zijn, kunnen de trefwoorden van deze artikelen gebruikt worden. Voorts kan de functie ‘Related articles’ in Pubmed bruikbare artikelen opleveren. De wijze waarop deze selectie tot stand is gekomen, is echter niet vergelijkbaar met een systematische review, zodat er altijd een aparte zoekactie nodig is voor het verantwoorden van de selectie. Tot slot kan voorzichtig gebruikgemaakt worden van Google als alle eerdere zoekacties te weinig opleveren. In ‘Google Scholar’ wordt tevens een indruk verkregen over de populariteit van artikelen op basis van het aantal citaties.

Voor het beantwoorden van de vraag naar het effect van antibiotica bij kinderen met otitis media acuta is een Cochrane review beschikbaar (Sanders S, Glasziou PP, Del Mar C, Rovers MM. *Antibiotics for acute otitis media in children*. *Cochrane Da-*

tabase of Systematic Reviews, 2010). Deze heeft in totaal 10 RCT's geïncludeerd, waaraan 2928 kinderen deelnamen. Gezien de strenge methodologische eisen die gesteld worden aan een Cochrane review, mag worden aangenomen dat dit 'het beste bewijsmateriaal' is voor het beantwoorden van de vraag.

Kritisch beoordelen van literatuur

Nadat de definitieve selectie van artikelen heeft plaatsgevonden, worden de full-text artikelen gelezen en beoordeeld. Idealiter worden hierbij vaste criteria gebruikt. De website van het Dutch Cochrane Centre bevat formulieren met criteria voor het beoordelen van de kwaliteit van het onderzoek voor de meest voorkomende onderzoeksdesigns. De criteria hebben betrekking op de validiteit, de gevonden effecten en de toepasbaarheid van de resultaten.

De *validiteit* is de geldigheid van de resultaten. De kans op eenzijdige selectie van patiënten en vertekening ('bias') moeten worden geminimaliseerd. Voor elk onderzoeksdesign gelden aparte methodologische eisen die ten doel hebben de mogelijke bias te beperken. Als na beoordeling de validiteit in orde blijkt te zijn, worden pas de resultaten beoordeeld. Bij de beoordeling van de resultaten wordt gekeken naar de precisie en de grootte van het effect. De precisie van het effect wordt doorgaans weergegeven met een 95%-betrouwbaarheidsinterval. Als het interval de neutrale waarde bevat, is het effect statistisch niet significant. De grootte van het effect wordt beoordeeld door de klinische relevantie na te gaan. Ook al is een effect statistisch significant, dan is het nog niet per se klinisch relevant. Een reductie van pijn van 0,5 op een schaal van 0 tot 10 lijkt weinig relevant, zeker als dit gepaard gaat met bijwerkingen van de interventie. Tot slot wordt naar de toepasbaarheid van de resultaten in de Nederlandse context of de eigen praktijk gekeken. Is er in het onderzoek sprake van dezelfde soort onderzoekspopulatie als de groep patiënten die in de praktijk wordt gezien? En is de onderzochte interventie beschikbaar en reproduceerbaar?

De specifieke beoordelingscriteria variëren per onderzoeksdesign en per type onderzoek. Het beoordelen van diagnostisch onderzoek is door-

gaans complexer dan het beoordelen van therapeutisch onderzoek. Hiervoor wordt verwezen naar het boek *Inleiding in evidence-based medicine*.^[3] In tabel 2.1 hebben wij de basisprincipes samengevat voor het beoordelen van een RCT, het krachtigste onderzoeksdesign voor het bestuderen van de effectiviteit van therapeutische interventies. In hoofdstuk 7 wordt dieper ingegaan op de diverse onderzoeksdesigns.

Ook voor het beoordelen van systematische reviews zijn criteria beschikbaar. Deze vallen voor een deel samen met de principes van EBM. Naast een expliciete vraagstelling en een heldere literatuurzoekactie, is van belang dat de kwaliteitsbeoordeling van de afzonderlijke studies systematisch, liefst met gebruik van een gevalideerde checklist, en bij voorkeur door twee reviewers onafhankelijk van elkaar heeft plaatsgevonden. Daarnaast dienen de resultaten op een overzichtelijke wijze te worden gepresenteerd. Een bijzonder onderdeel van een systematische review is de meta-analyse (of statistische 'pooling'), waarin de resultaten van de afzonderlijke studies worden gecombineerd tot een 'overall' schatting van het effect. Voor een betrouwbare schatting dienen de patiëntenpopulaties, interventies en uitkomstmaten in de geïncludeerde studies vergelijkbaar te zijn.

Om de *gevonden effecten* te beoordelen, worden bij voorkeur verschillende parameters gebruikt. Zowel relatieve als absolute effecten worden berekend. Dit illustreren we aan de hand van het voorbeeld van antibiotica bij otitis medica acuta. We gaan de effecten na op de meest relevante uitkomstmaten. Dit zijn: 1) pijn die 24 uur na de start van de behandeling wordt ervaren; 2) pijn na 2 tot 7 dagen; 3) misselijkheid, diarree of uitslag. In de Cochrane review werden voor de eerste uitkomstmaat de resultaten van 5 RCT's (n=1229) bij elkaar opgeteld, voor de pijn na 2 tot 7 dagen 10 RCT's (n=2791) en voor de bijwerkingen 5 RCT's (n=1401). Niet elke RCT hanteert immers dezelfde uitkomstmaten. In tabel 2.2 worden de effecten gepresenteerd op deze drie uitkomstmaten door de absolute aantallen te vermelden en door vervolgens het relatieve risico, de relatieve risicoreductie, de absolute risicoreductie en het 'number needed to treat' (NNT) te berekenen. De NNT is het aantal patiënten dat met de interventie behandeld dient te worden om één gewenste ge-

Tabel 2.1 Checklist voor kwaliteitsbeoordeling van een randomized controlled trial (RCT).

Item	Toelichting
Onderzoekspopulatie	De onderzochte patiënten, zowel in de interventiegroep als in de controlegroep, zijn prognostisch vergelijkbaar en in dezelfde fase van de ziekte ingesloten
Randomisatie	Elke patiënt heeft een gelijke kans om in de interventie- of controlegroep te worden geplaatst, waardoor selectiebias wordt voorkomen
Blinding	Zowel de patiënt, de behandelaar als de beoordelaar (degene die de uitkomsten meet) mag niet weten of de patiënt is ingedeeld in de interventie- of controlegroep
Uitkomstmaten	Effecten worden gemeten aan de hand van relevante uitkomstmaten en bij voorkeur met parameters waar de patiënt zelf iets van merkt, bijvoorbeeld pijn of kwaliteit van leven
Follow-up	De duur van de follow-up is voldoende lang en het percentage uitval in beide groepen is minder dan 20%
'Intention to treat'-analyse	Iedere patiënt blijft ingedeeld in de oorspronkelijke door randomisatie gevormde groep, ongeacht de uiteindelijk toegepaste behandeling, de eventuele 'non-compliance' en uitval

beurtenis meer te krijgen dan zonder interventie verkregen zou zijn. Dit is de reciproke van de absolute risicoreductie. Hoe lager de NNT, des te effectiever de interventie. Essentieel voor de berekeningen zijn de gegevens over de grootte van de groep die de symptomen ervaart en de grootte van de groep blootgesteld. Sommige artikelen vermelden alleen maar relatieve risico's, die doorgaans gunstiger uitpakken, waardoor het effect kan worden overgewaardeerd. Door gebruik

te maken van verschillende parameters wordt een realistischer beeld geschetst van de effecten.

In het voorbeeld van antibiotica bij otitis media acuta bij kinderen kan worden geconcludeerd dat er geen significant effect is op de ervaren pijn na 24 uur, maar wel na 2 tot 7 dagen: er is 6% minder kans op pijn (16% van de kinderen die antibiotica kregen hadden pijn versus 22% van de kinderen die een placebo kregen). Daar staat tegenover dat de kans op misselijkheid, diarree en huiduitslag,

Tabel 2.2 Voorbeeld van presentatie van effecten van een behandelinterventie.

	Interventiegroep (aantal per aantal blootgestelden)	Controlegroep (aantal per aantal blootgestelden)	Relatief risico (95%-BI)	RRR	ARR	NNT
	a	b	a/b	1-a/b	b-a	1/(b-a)
Pijn na 24 uur	223/624	241/605	0,90 (0,78-1,04)	NS	NS	NS
Pijn na 2 tot 7 dagen	228/1425	303/1366	0,72 (0,62-0,83)	0,28	0,062	16
Misselijkheid, diarree, uitslag	110/690	83/711	1,38 (1,09-1,76)	-0,38	0,042	24*

Bron: Sanders S, Glasziou PP, DelMar C, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 1.

RRR: relatieve risicoreductie; ARR: absolute risicoreductie; NNT: number needed to treat; NS: niet significant; * beter is in dit geval te spreken van 'number needed to harm'.

de meest voorkomende bijwerkingen van antibiotica, met 4% toename (16 versus 12%). Opvallend is dat er ook bij placebobehandeling bijwerkingen kunnen optreden, het zogenaamde nocebo-effect. In de praktijk zullen de voor- en nadelen van de behandeling tegen elkaar moeten worden afgewogen.

Tot slot wordt de *toepasbaarheid* van de resultaten op de patiëntengroep die in de eigen praktijk worden gezien, beoordeeld. Van belang is te weten in welke setting de patiënten zijn gerekruteerd, bijvoorbeeld in de huisartspraktijk of in het ziekenhuis. Ziekenhuispopulaties zijn geselecteerde groepen patiënten die doorgaans zieker zijn en een slechtere prognose hebben. Voorts worden kenmerken van de onderzochte patiëntengroep vergeleken met die van de groep die in de praktijk gezien wordt. Als patiënten op grond van leeftijd, comorbiditeit en comediatie zijn uitgesloten, wordt daarmee de toepasbaarheid beperkt. Ook wordt rekening gehouden met het feit dat patiënten die meedoen aan een onderzoek vaak relatief gezond zijn en gemotiveerd zijn om een bepaalde behandeling te ondergaan. Vooral bij interventies waarbij van de patiënten zelf iets wordt verwacht, zoals bij leefstijlprogramma's en psychotherapie, kunnen onderzoeksgroepen fors verschillen van de groep patiënten die in de praktijk gezien wordt. Ook de wensen en verwachtingen van patiënten kunnen uiteenlopen. Dit is voor een deel cultureel bepaald. Patiënten met kanker in de Verenigde Staten zijn eerder geneigd te kiezen voor agressieve operatieve therapie dan in Nederland en andere Europese landen, ook al is bekend dat de effecten beperkt zijn. Zij hebben het gevoel dat er dan alles aan gedaan wordt, terwijl patiënten bij ons eerder opzien tegen de bijwerkingen en complicaties en kiezen voor behoud van kwaliteit van leven, zelfs al zou de overlevingskans daardoor wat kleiner worden. Maar ook patiënten in hetzelfde land of in dezelfde regio of stad vertonen grote verschillen, die voor een deel verklaard kunnen worden door demografische gegevens zoals leeftijd, geslacht, etniciteit, religie en opleidingsniveau.

Tot slot moet rekening worden gehouden met de haalbaarheid en de kosten van de interventie. Bij geneesmiddelen kan het gaan om de vergoeding of bijbetaling of om de impact op het gezondheidszorgbudget die de toepassing belem-

meren. Voor het uitvoeren van complexe interventies moet soms geschoold personeel of speciale apparatuur aanwezig zijn.

Bewijs toepassen op individuele patiënten in de praktijk

Zoals eerder vermeld, is het een misvatting te veronderstellen dat EBM een standaardaanpak zoals in een kookboek voorschrijft. De kunst van de zorgprofessional is om de juiste vertaalslag te maken van de bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek naar de individuele patiënt in de praktijk en rekenschap te geven aan de patiënt wat diens voorkeuren betreft. Deze kunnen fors uiteenlopen door verschillen in normen, waarden en culturele achtergrond. Volgens de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) is de zorgprofessional verplicht om de patiënt naar redelijkheid te informeren over de behandeling en toestemming voor een behandeling te vragen. De aard en het doel van de behandeling en de risico's en gevolgen ervan moeten worden uitgelegd, alsmede de voor- en nadelen van andere behandelingsmogelijkheden. In toenemende mate wordt gewerkt volgens de principes van 'shared-decision making', waarbij de patiënt, na goed geïnformeerd te zijn, meebeslist over de behandelkeuze. Bij kinderen is het van belang de ouders bij de behandelkeuze te betrekken. Instemming met de behandeling bevordert in het algemeen ook de therapietrouw. Maar zelfs als de patiënt instemt, dan nog komt het vaak voor dat de behandeling niet wordt opgevolgd of volgehouden, omdat hij niet overtuigd is van het nut. Vooral bij preventieve therapie (bijvoorbeeld bloeddruk- en cholesterolverlaging) is de motivatie van groot belang voor het bereiken van dezelfde effecten als in wetenschappelijk onderzoek. Andersom, als de zorgprofessional overweegt om geen behandelinterventie toe te passen, moet de patiënt expliciet gevraagd worden of hij hiermee instemt, omdat anders de kans bestaat dat de patiënt zich later wendt tot een andere hulpverlener, bijvoorbeeld op de huisartsenpost of de spoedeisende hulp. De patiënt moet goed worden ingelicht over het natuurlijke beloop en wat te doen als de klachten toenemen en wie dan geraadpleegd zou kunnen worden. Zeker als de patiënt een bepaalde behandeling verwacht, moet de zorgprofessional met 'een goed verhaal' komen om daarvan af te wijken. Het presenteren van ge-

2

gevens uit wetenschappelijk onderzoek in maat en getal, zoals in tabel 2.2, zal sommige patiënten, meestal de wat hoger opgeleiden, aanspreken. Echter, veel patiënten laten hun keuzes niet door rationele argumenten bepalen, maar gaan uit van hun gevoel (bijvoorbeeld angst voor bepaalde complicaties, ook al komen deze zelden voor) of van wat ze eerder hebben meegemaakt (bijvoorbeeld: 'Bij een vorige antibioticakuur was ik na één dag al opgeknapt' of: 'Van mijn vorige dokter kreeg ik altijd antibiotica'). Informatie over placebo-effecten wordt soms met ongelofte ontvangen of niet goed begrepen. Sommige mensen vinden het lastig te denken in termen van kansen: voor hen helpt een behandeling of het helpt niet. Goed luisteren naar de patiënt, het inschatten van zijn begripsvermogen en begrip tonen voor de reacties zijn basale communicatievaardigheden die ook verondersteld worden bij de toepassing van EBM.

Elke patiënt is uniek. Naast de eerdergenoemde verschillen op basis van leeftijd, geslacht, etniciteit et cetera heeft iedereen unieke persoonlijke kenmerken die onder andere samenhangen met het karakter, de opvoeding en doorgemaakte life-events. De keuze met betrekking tot het voorschrijven van antibiotica bij otitis media acuta kan bij het ene kind anders uitpakken dan bij het andere. In het voorbeeld van Lotte Sanders gaat de vader niet zomaar akkoord met een afwachtend beleid. Hij wil de 'beste behandeling'. Dat wilt u als zorgprofessional natuurlijk ook. Het is verstandig om uw keuze niet op te dringen, maar de patiënt zo goed mogelijk te informeren over de te verwachten effecten.

Casus: toepassing van EBM op individuele patiënt

Lotte Sanders, 3 jaar, heeft sinds twee dagen oorspijn en u stelt de diagnose otitis media acuta. De vader denkt dat het geven van antibiotica zinvol is. Op basis van de bevindingen in de Cochrane review legt u uit: 'Als Lotte antibiotica krijgt, bestaat er een kans van 1 op 16 dat ze daardoor minder pijn ervaart na een paar dagen. De eerste dag zult u nog weinig merken. Daarbij bestaat er een kans van 1 op 24 dat ze bijwerkingen van de antibiotica zou kunnen ervaren in de vorm van overgeven, diarree of huiduitslag.' De vader repli-

ceert: 'Een jaar geleden had Lotte oorspijn en toen kreeg ze van de dienstdoende huisarts wel antibiotica. Daar is ze toen snel van opgeknapt.' U legt vervolgens uit: 'Het effect van antibiotica bij kinderen jonger dan twee jaar is groter gebleken dan bij kinderen ouder dan twee jaar, dus bij jongere kinderen slaat de balans vaak uit ten gunste van antibiotica.' (De effecten bij kinderen jonger dan twee jaar zijn in dezelfde Cochrane review beschreven. De NNT is 4 voor pijn na 2-7 dagen.) Vader: 'Mijn kind is zes weken te vroeg geboren en kwetsbaarder dan andere kinderen. Ik vind het toch prettig dat ze ook nu weer antibiotica krijgt.' U betreft moeder erbij: 'Vindt u dit ook?' Moeder: 'Ja, ik geloof dat ik me er rustiger onder voel, als ze antibiotica krijgt. Voor bijwerkingen ben ik niet zo bang, want de vorige keer verdroeg ze de antibiotica ook goed.' U gaat akkoord met deze argumentatie en schrijft antibiotica voor.

Evalueren van het proces

Met de evaluatie van het proces wordt de kritische zelfreflectie bedoeld op de uitvoering van alle voorgaande stappen.

- Bij het formuleren van een beantwoordbare vraag is allereerst de vraag of er überhaupt wel vragen gesteld worden. In de praktijk worden vaak routinematig allerlei handelingen verricht, waarvan men zich niet afvraagt wat de effecten zijn. Denk bijvoorbeeld aan vragen in de anamnese, het uitvoeren van een algemeen lichamelijk onderzoek bij opname van patiënten in het ziekenhuis en het routinematig aanvragen van laboratoriumonderzoek bij preoperatieve screening. Het is verbazingwekkend hoe weinig 'evidence' er is voor vele dagelijkse handelingen in de geneeskunde. Met deze verwondering start EBM. Het stellen van vragen over de werkzaamheid en effectiviteit nodigt uit tot nadenken over de achtergronden en onderbouwing. Een kritische opstelling naar het eigen handelen en naar dat van collega's vormt de basis voor EBM. Niet de autoriteit van de zorgprofessional maar de wetenschappelijke bewijsvoering en argumentatie bepalen of een handeling gerechtvaardigd is. Studenten en artsen in opleiding zouden moeten worden geprikkeld om dagelijks vragen te stellen bij het beleid. Docenten en hoogleraren zouden dit

- moeten stimuleren en zich niet moeten verschuilen achter hun autoriteit.
- Bij het zoeken naar ‘het best beschikbare bewijs’ wordt gereflecteerd op de juiste keuze van de bronnen en de zoekmethode. Zijn er voldoende basisvaardigheden voor het zoeken in de bibliografische databases? Zijn de nodige abonnementen aanwezig en is er full-text toegang tot de belangrijkste tijdschriften in het vakgebied? Er zijn talrijke wegen die naar Rome leiden, en het vergelijken van zoekstrategieën en de opbrengst daarvan, kan zeer nuttig zijn. Worden belangrijke sleutelartikelen gemist? Levert de zoekactie niet te veel en niet te weinig op? Is de zoektijd acceptabel? Merkt u dat u steeds vaardiger wordt in het zoeken? Een valkuil is dat zelfs ervaren ‘zoekers’ toch de plank aardig kunnen misslaan als zij onvoldoende klinische kennis bezitten over het onderwerp. De combinatie van bibliografische en epidemiologische kennis en kennis van het vakgebied biedt de meeste garantie voor een succesvolle gerichte zoekactie. Het delen van zoekervaringen met collega’s is een voorwaarde om scherp te blijven. Daarnaast vinden ook nieuwe ontwikkelingen plaats in de wijze waarop de databases worden georganiseerd en ingericht, die continu moeten worden bijhouden.
 - Het kritisch beoordelen van artikelen vergt van beginners veel tijd en doorzettingsvermogen. Het checken van alle criteria wordt soms ervaren als een hoop administratie zonder dat duidelijk is waar het toe dient. Toch leert men hierdoor steeds sneller artikelen te screenen op de belangrijkste onderdelen. Als de artikelen voldoen aan de eisen voor verslaglegging, is het beoordelen ervan eenvoudiger. Soms ontbreken gegevens over de gevolgde methode vanwege de beperkte ruimte die tijdschriften bieden voor publicatie of wordt verwezen naar apart gepubliceerde protocollen. De beoordeling van de effectgrootte vereist gegevens over de absolute aantallen en het vereist vaak nogal wat puzzelwerk om deze uit de artikelen te halen. Toch is dit essentieel voor een EBM-oordeel. Naarmate dit vaker wordt gedaan, raakt men er meer bedreven in.
 - De toepassing van EBM in de praktijk kan op weerstand stuiten bij collega’s en patiënten. Te veel nadruk op de getalsmatige onderbouwing

kan ergernis opwekken en het gevoel geven dat de dokter geen aandacht meer heeft voor de menselijke aspecten. Een zekere flexibiliteit is vereist om goed met de verschillende keuzes om te gaan. Bovenstaande casus is daarvan een illustratie. Zorgprofessional en patiënt dienen namelijk hetzelfde doel: goed, snel en verstandig beter worden. Informatie over het eigen handelen kan nuttig zijn om de aanpak eventueel bij te stellen. Idealiter wordt zowel klinische informatie (aan de hand van prestatie-indicatoren) als patiënttevredenheid (aan de hand van vragenlijstonderzoek) teruggekoppeld. Goede prestaties op het ene vlak gaan niet altijd gepaard met goede prestaties op het andere. Tot slot geldt voor elke professional dat het altijd beter kan. De drijfveer om altijd beter te willen worden, typeert de zelfbewuste en kritische professional.

In de navolgende Casus wondverzorging wordt een voorbeeld gegeven van het doorlopen van de vijf stappen van EBM met betrekking tot een vraag over wondverzorging. Hier hebben meerdere disciplines in de zorg mee te maken. De casus is tevens een illustratie van het feit dat ook alledaagse en routinematige handelingen ter discussie gesteld kunnen worden. Hieruit blijkt dat het wetenschappelijke bewijs voor handelingen die al jarenlang gangbaar zijn, beperkt kan zijn.

Casus wondverzorging*

U bent zorgprofessional (verpleegkundige, zaalarts of coassistent) en u verzorgt of inspecteert een patiënt die drie dagen geleden geopereerd is. De wond ziet er droog uit en u besluit deze niet meer te verbinden. Uw collega ziet dat u geen nieuw verband aanbrengt of voorschijft. Zij vertelt dat zij heeft geleerd om de wond te (laten) verbinden totdat de hechtingen worden verwijderd. De reden, zo was haar verteld, is dat de wond door de hechtingen nog niet helemaal gesloten is en dat de kans op een wondinfectie zonder verband groot is. Als moderne professional die zich niet meer louter laat leiden door ervaring, traditie of gezag vraagt u zich af of het infectiesico inderdaad groter is als een wond met hechtingen niet wordt verbonden.

2

Stap 1. Het klinisch probleem vertalen in een beantwoordbare vraag

U formuleert de elementen van de vraag volgens de PICO-methode:

- Populatie: postoperatieve patiënten met een ongecompliceerde droge wond
- Interventie: wond drogen aan de lucht
- Controle: wond droog verbinden
- Uitkomst: wondinfectie

Stap 2. Het efficiënt zoeken naar het beste bewijsmateriaal

U zoekt in de Cochrane Library en in Pubmed met de volgende zoektermen: 'dressing OR bandage', 'postoperative surgical wound' en 'infection'. De zoekactie in de Cochrane Library levert niets op. In Pubmed stuit u op drie RCT's en via de referenties van deze artikelen nog op een vierde RCT uit 1977. Alle vier studies vergelijken het wel of niet verbinden van postoperatieve wonden.

Stap 3. Het kritisch beoordelen van de gevonden literatuur of validiteit, effecten en toepasbaarheid

De vier RCT's zijn alle van matige kwaliteit. In twee studies werd gerandomiseerd via geboortedatum. De andere twee gaven hierover geen informatie. Blinding werd in geen van de studies toegepast. Wel zijn de groepen binnen de vier RCT's vergelijkbaar en was er sprake van een adequate follow-up en analyse. Alle vier RCT's vergeleken chirurgische wonden, waarbij de ene groep na 24 tot 48 uur geen verband meer kreeg en de andere groep tot de dag dat de hechtingen verwijderd werden (zeven tot tien dagen postoperatief). De setting waarin de RCT's plaatsvonden, de patiëntenpopulatie en het aantal geïncludeerde patiënten verschilden: een RCT vond plaats in een tropische setting (n=100), een RCT includeerde uitsluitend kinderen (n=451) en twee RCT's alleen volwassenen (n=1202 respectievelijk 108). Het onderzoek bij kinderen betrof voornamelijk liesbreukoperaties. De drie andere studies betroffen patiënten met intra-abdominale chirurgische wonden, waarbij een studie ook orthopedische wonden had ingesloten. In alle RCT's werd de uitkomst 'wondinfectie' gemeten.

Alle vier RCT's komen tot dezelfde conclusie en konden geen verschil in wondinfectie aantonen indien de wond 48 uur na operatie niet meer werd verbonden. In drie RCT's was het infectierisico tussen de 1,5 en 5% en was er geen verschil in wondinfectie tussen de verschillende groepen. Het

infectierisico in de vierde RCT (in de tropische setting) was veel hoger, namelijk 28% (wel verbinden) versus 18% (niet-verbinden), maar dit was geen significant verschil.

Stap 4. Het toepassen van het bewijsmateriaal op individuele patiënten in de praktijk

Ondanks de matige kwaliteit van de RCT's, blijkt uit alle vier dat er geen verschil in wondinfectie optrad wanneer vanaf 24-48 uur postoperatief de wond droog gelaten werd aan de lucht in plaats van dat deze werd verbonden. Dit is een consistent resultaat. Voor de praktijk betekent dit dat ongecompliceerde, niet-exsuderende wonden vanaf twee dagen na de operatie niet meer verbonden hoeven te worden.

Stap 5. Het regelmatig evalueren van de kwaliteit van dit proces

Na evaluatie van de implementatie van de evidence-based aanbeveling blijkt dat de meeste postoperatieve wonden in het AMC niet meer verbonden worden na 48-72 uur. Op deze aanbeveling zijn een paar uitzonderingen van toepassing: als de wond beschermd moet worden tegen de patiënt (plukken) of wanneer de wond dichtbij een infectie, een huidplooi of een holte zit, mag de wond wel met gaas verbonden worden.

* Deze casus werd uitgewerkt door Joska Borkent, Debby van der Mye, verpleegkundigen op de afdeling Traumatologie, en Marja Storm, verpleegkundig onderzoeker, in het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam als onderdeel van een AMC-breed project om EBM bij verpleegkundigen in de praktijk te implementeren.

2.2.3 NIVEAUS VAN BEWIJS

Bij EBM wordt veel waarde gehecht aan het onderscheiden van zogenoemde niveaus van bewijs ('levels of evidence'). Het maakt nogal wat uit of de onderbouwing voor een bepaalde handeling berust op de resultaten van meerdere RCT's of op één enkel ongecontroleerd onderzoek (zie ook hoofdstuk 6). De niveaus van bewijs maken de kracht van het onderliggende bewijs zichtbaar door middel van een cijfer of letter, waarin de waardering van de gevonden studies wordt samengevat. Bij het gebruik van één graderingsstelsel kan de kracht van de onderbouwing van

verschillende handelingen eenvoudig worden vergeleken. Er zijn echter meerdere systemen in omloop. De kracht van het bewijs wordt namelijk door meerdere factoren bepaald, die op verschillende manieren kunnen worden gewogen. Denk daarbij onder andere aan het onderzoeksdesign, de kwaliteit van het onderzoek, het aantal onderzoeken, de consistentie van de resultaten (wijzen de effecten allemaal dezelfde kant op?), de grootte en relevantie van de gevonden effecten, en de generaliseerbaarheid en toepasbaarheid (zie paragraaf 2.2.2).

In deze paragraaf bespreken we het meest gebruikte systeem in Nederland, dat door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO is geïntroduceerd, en het systeem dat door de internationale werkgroep GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) is ontwikkeld.

CBO-graderingssysteem

Met dit systeem kunnen drie soorten onderzoeken worden gewaardeerd (tabel 2.3).

- 1 (Therapeutisch) interventieonderzoek. Hiervoor geldt dat een goed uitgevoerde RCT het hoogste niveau van bewijs geeft.
- 2 Diagnostisch accuratessesonderzoek. Dit zijn onderzoeken naar de waarde van diagnostische testen, waarbij idealiter een vergelijking plaatsvindt met de 'referentietest' (zie paragraaf 2.2.2). De term accuratesse verwijst naar de mate van overeenkomst tussen de test die wordt geëvalueerd (de indextest) en de referentietest.
- 3 Onderzoek naar schade of bijwerkingen, etiologie of prognose. Hoewel een RCT hiervoor het beste bewijs geeft, zijn dergelijke onderzoeken om ethische redenen vaak niet mogelijk. Het alternatief is een prospectief cohortonderzoek, dat toch het hoogste niveau kan krijgen als het adequaat is uitgevoerd.

Het graderingssysteem van het CBO wordt tegenwoordig in veel klinische richtlijnen (met name medisch-specialistische en multidisciplinaire richtlijnen) gebruikt. In de niveaus zijn het onderzoeksdesign, de kwaliteit en grootte van het onderzoek en het aantal onderzoeken verdisconteerd. Het systeem is relatief eenvoudig en vereist geen bijzondere methodologische kennis om het te kunnen toepassen.

GRADE-systeem

Sinds 2000 is een internationale werkgroep actief met ongeveer 100 leden uit 20 landen, waaronder de topexperts op het gebied van EBM. Zij hebben een geavanceerd graderingssysteem (met bijbehorende software) geïntroduceerd waarin de kracht van het bewijs wordt bepaald op grond van de volgende variabelen: onderzoeksdesign, kwaliteit van het onderzoek, consistentie en directheid van de resultaten, hoeveelheid beschikbare data, eventuele publicatiebias en de grootte van de gevonden effecten (tabel 2.4). Een opvallend verschil met het CBO-graderingssysteem is dat een observationeel onderzoek waarin een zeer groot effect is geconstateerd toch het hoogste niveau van bewijs kan krijgen. Dit is dus niet altijd gekoppeld aan een RCT. Het onderzoeksdesign heeft een relatieve betekenis, vanwege de mogelijkheid tot 'upgrading' als er een groot effect of een dosisresponsrelatie gevonden is en 'downgrading' als de kwaliteit van het onderzoek onvoldoende is, er inconsistente effecten zijn gevonden of er sprake is van indirect bewijs (bijvoorbeeld doordat de onderzoekspopulatie afwijkt). De waardering van de variabelen is subjectief en vereist specifieke methodologische kennis. De toepassing van dit systeem is daarmee aanzienlijk complexer, waardoor de invoering op grote schaal lastig is. Er zijn in Nederland diverse workshops gegeven, waardoor de kennis en ervaring met de toepassing van het GRADE-systeem is vergroot. Naast de toepassing van dit systeem in bijvoorbeeld richtlijnen, draagt het ook bij aan scholing in EBM.

Een kanttekening bij het gebruik van niveaus van bewijsvoering is dat zij een beknopte samenvatting geven van de bewijskracht terwijl de vele, complexe afwegingen die hieraan ten grondslag liggen niet zichtbaar zijn. In een review of richtlijn kan dit in de tekst worden beschreven en toegelicht. De niveaus van bewijsvoering zijn te vergelijken met de sterren van een restaurant. De ster krijgt pas betekenis als er een menukaart bij wordt geleverd.

2.3 Richtlijnen voor doeltreffende zorg

Richtlijnen zijn een belangrijk instrument om doeltreffende zorg met betrekking tot specifieke

Tabel 2.3 Graderingssysteem voor mate van bewijskracht gehanteerd door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.*Indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies*

	Interventie	Diagnostisch accuratesseonderzoek	Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose
A1	Systematische review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en voldoende omvang	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad	Prospectief cohortonderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor 'confounding' en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiëntcontroleonderzoek en cohortonderzoek)	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd	Prospectief cohortonderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohortonderzoek of patiëntcontroleonderzoek
C	Niet-vergelijkend onderzoek		
D	Mening van deskundigen		

Niveau van bewijs

1	Onderzoek van niveau A1 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
2	Eén onderzoek van niveau A2 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	Eén onderzoek van niveau B of C
4	Mening van deskundigen

onderwerpen expliciet en zichtbaar te maken voor professionals in de praktijk. Deze worden in Nederland al vanaf 1980 gemaakt. Aanvankelijk werden deze ontwikkeld op basis van consensus. Ze werden toen nog geen richtlijnen genoemd, maar consensusstukken. In de loop van de jaren negentig werd door de opkomst van EBM de onderbouwing van de aanbevelingen steeds belangrijker en de noodzaak van het systematisch zoeken en wegen van de wetenschappelijke literatuur benadrukt. Door toepassing van de principes van EBM kwam de methode van evidence-based richtlijnontwikkeling (EBRO) tot stand.^[7] In deze paragraaf wordt deze methode beschreven, waar-

bij extra aandacht wordt besteed aan de wijze waarop de 'evidence' wordt vertaald in aanbevelingen voor de praktijk, met als voorbeeld de formulering van aanbevelingen voor de toepassing van antibiotica bij otitis media acuta bij kinderen. Ook wordt nader ingegaan op de implementatie van richtlijnen, ofwel hoe ervoor gezorgd kan worden dat richtlijnen ook daadwerkelijk in de praktijk worden gebruikt.

2.3.1 DEFINITIE VAN RICHTLIJNEN

Richtlijnen worden nogal eens als panacee gezien voor het oplossen van problemen in de zorg. In

Tabel 2.4 GRADE-systeem voor gradering van kwaliteit van bewijs.

Kwaliteit van bewijs	Studiedesign	Aantal niveaus lager indien	Aantal niveaus hoger indien
- Hoog	RCT	<i>Studiebeperkingen:</i> - ernstig: 1 - zeer ernstig: 2	<i>Effect:</i> - groot: 1 - zeer groot: 2
- Matig			
- Laag	Observationeel onderzoek		
- Zeer laag		<i>Inconsistentie:</i> - ernstig: 1 - zeer ernstig: 2 <i>Indirectheid:</i> - ernstig: 1 - zeer ernstig: 2 <i>Onnauwkeurigheid:</i> - ernstig: 1 - zeer ernstig: 2 <i>Publicatiebias:</i> - ernstig: 1 - zeer ernstig: 2	<i>Dosisrespons:</i> - bewijs van gradiënt: 1 <i>Alle plausible versturende factoren:</i> - zouden een aangetoond effect verminderen: 1 of - zouden een vals effect suggereren als de resultaten geen effect hadden laten zien: 1

toenemende mate wordt ook vanuit de politiek de behoefte aan richtlijnen gevoeld, bijvoorbeeld als er fouten of calamiteiten in de zorg zijn geconstateerd of als er vraagstukken zijn rondom het al dan niet vergoeden van de toepassing van dure technologieën. Richtlijnen zijn oorspronkelijk echter bedoeld voor het ondersteunen van professionals in de zorg. Dit wordt duidelijk in de volgende definitie van richtlijnen (de zogenoemde Brummen-definitie, opgesteld door een werkgroep van richtlijnexperts in Nederland):^[8]

Een richtlijn is een document met aanbevelingen ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op wetenschappelijk onderzoek en aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers.

Onder zorgprofessionals worden alle BIG-geregistreerde zorgprofessionals verstaan, onder wie artsen, apothekers, fysiotherapeuten, gezond-

heidszorgpsychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen. Onder zorggebruikers worden patiënten, cliënten, familie van patiënten en cliënten, en mantelzorgers verstaan.

Richtlijnen moeten worden onderscheiden van protocollen. Een protocol kan worden beschouwd als een nadere specificatie van een richtlijn, waarin precies wordt aangegeven hoe er gehandeld moet worden en welke stappen moeten worden gevolgd in concrete situaties. Protocollen worden vaak afgeleid van landelijke richtlijnen en lokaal opgesteld. Terwijl een richtlijn enige ruimte overlaat voor interpretatie en aanpassing aan de specifieke omstandigheden, is een protocol dwingend en een soort afspraak waaraan men zich moet houden. Daarnaast wordt in Nederland vaak de term 'standaard' gebezigd als synoniem voor richtlijn. Zo worden de producten van het Nederlands Huisartsen Genootschap NHG-Standaarden genoemd, terwijl het in feite evidence-based richtlijnen zijn.

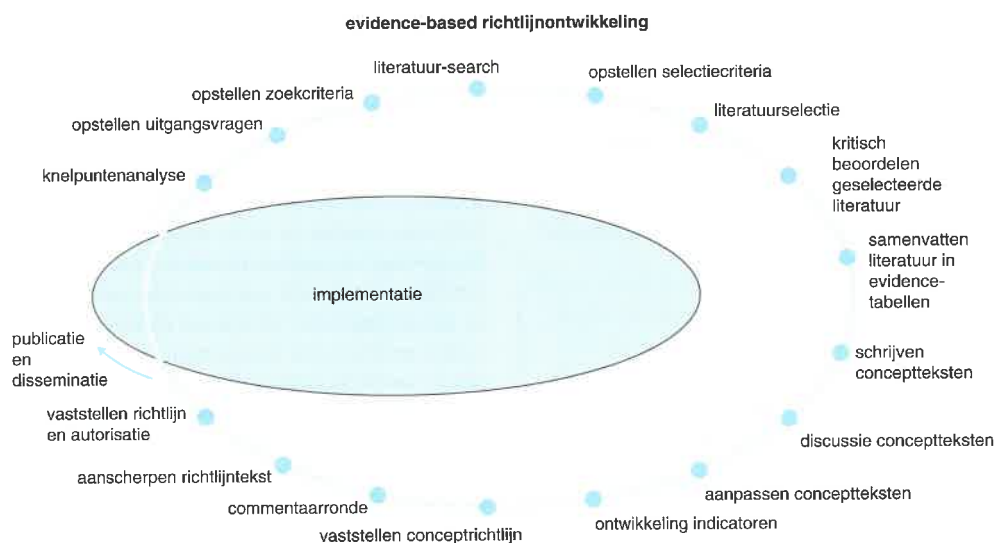
2.3.2 CYCLUS VAN EVIDENCE-BASED RICHTLIJNONTWIKKELING

Bij evidence-based richtlijnontwikkeling worden in principe dezelfde stappen gevolgd als bij EBM. Een belangrijk verschil is dat EBM door individuele onderzoekers of professionals kan worden toegepast, terwijl bij de ontwikkeling van richtlijnen een (veelal multidisciplinaire) werkgroep van deskundigen vereist is. Dit is niet alleen van belang vanwege de inbreng van kennis en expertise, maar ook om voldoende draagvlak te creëren voor acceptatie van de richtlijn door de doelgroep in de praktijk. Voorkomen moet worden dat de richtlijn vanuit een ivoren toren wordt ontwikkeld. Het commentaar en de terugkoppeling van de professionals in de praktijk kunnen ook worden gebruikt bij de herziening van de richtlijn. Vandaar dat er gesproken wordt van een cyclus. In deze cyclus kan een aantal fasen worden onderscheiden (zie figuur 2.2).

Vorbereidingsfase

Deze fase start met het vaststellen van het onderwerp en het bepalen van de doelgroep. Niet alle onderwerpen lenen zich voor evidence-based richtlijnontwikkeling. De meeste kans daarop maken onderwerpen die regelmatig in de dagelijkse praktijk voorkomen en waarover onge-

wenste variatie in zorg bestaat of onduidelijkheid over de beste aanpak. Ook de maatschappelijke relevantie of macro-economische impact kan een rol spelen. Daarnaast moet er voldoende wetenschappelijke literatuur beschikbaar zijn en een reële kans bestaan op overeenstemming met de betrokken partijen. Met het oog op de acceptatie en implementatie van de toekomstige richtlijn worden alle relevante partijen benaderd om een bijdrage te leveren. Dit kan door afgevaardigden van die partijen in de richtlijnwerkgroep op te nemen en door deelname aan de commentaar-ronde. Ook patiëntenorganisaties worden benaderd, maar als deze er niet zijn, kan voor een andere methode van patiëntenparticipatie worden gekozen, bijvoorbeeld focusgroepen of vragenlijstonderzoek. De werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van alle relevante beroepsgroepen. Een brede vertegenwoordiging vergroot het draagvlak en de acceptatie van de richtlijn. Niet alleen artsen maar ook de paramedische of gespecialiseerde verpleegkundige disciplines worden erbij betrokken. Belangrijk is dat de vertegenwoordigers tijdens het ontwikkelingsproces voldoende contact houden met hun achterban. Om partijdigheid tegen te gaan, tekenen alle werkgroepleden een verklaring waarin zij melding maken van eventuele conflicterende belangen. De eerste opdracht van de werkgroep is om



Figuur 2.2 Evidence-based richtlijnontwikkeling (bron: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. EBRO handleiding. www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/EBRO-handleiding/1-Introductie).

het onderwerp af te bakenen en een reeks van specifieke uitgangsvragen te formuleren op basis van ervaren knelpunten in de praktijk. Hierbij kan ook gebruikgemaakt worden van een schriftelijke enquête of focusgroepen. Bij het formuleren van de vragen worden dezelfde principes gehanteerd als bij de eerste stap van EBM (zie paragraaf 2.2.2).

Ontwikkelingsfase

De uitgangsvragen vormen de basis voor het literatuuronderzoek. Naast de medisch-wetenschappelijke literatuur in elektronische databases als Medline, Embase en de Cochrane Library, wordt ook gekeken naar bestaande evidence-based richtlijnen over hetzelfde onderwerp (zie paragraaf 2.2.2). De literatuur wordt beoordeeld en samengevat, waarbij de kracht van het wetenschappelijk bewijs kan worden uitgedrukt in niveaus van bewijsvoering (zie paragraaf 2.2.3). De samenvatting en conclusies van het literatuuronderzoek worden in de werkgroep besproken en vertaald naar de Nederlandse praktijk, met inachtneming van overige overwegingen. In paragraaf 2.3.3 wordt hier nader op ingegaan. Een verschil met de vierde stap van EBM is dat een richtlijn van toepassing is op een grote groep patiënten met hetzelfde klinische probleem en uitgaat van een 'gemiddelde patiënt'. Bij de toepassing van een richtlijn op individuele patiënten in de praktijk kunnen dezelfde principes worden gehanteerd als die in paragraaf 2.3.4 zijn beschreven. De ontwikkelingsfase eindigt met de vaststelling van de conceptrichtlijn door de werkgroep.

Commentaarfase

Teneinde een breed draagvlak voor de richtlijn te krijgen en mogelijke problemen in de acceptatie op te sporen, wordt de uiteindelijke doelgroep, andere betrokkenen en experts naar hun mening over de richtlijn gevraagd. De betrokken wetenschappelijke verenigingen worden aangeschreven om commentaar te geven. Daarnaast kan de richtlijn op een publieke website worden geplaatst met de mogelijkheid voor het geven van commentaar. Ook kan de richtlijn tijdens een openbare bijeenkomst of hoorzitting aan een groot aantal betrokkenen worden voorgelegd. Tot slot kan de toepasbaarheid van de richtlijn op kleine schaal worden getest in de praktijk. Hier-

bij kan ook naar de reacties van patiënten worden gevraagd. Voor het verkrijgen van draagvlak in de doelgroep en het verzamelen van informatie over de toepasbaarheid en haalbaarheid van een richtlijn is het gewenst dat de procedure zo zorgvuldig en reproduceerbaar mogelijk verloopt en dat hierover wordt gerapporteerd in de richtlijn.

Autorisatiefase

De uitkomsten van de commentaarronde en eventuele praktijktest worden door de richtlijnwerkgroep verwerkt in de definitieve versie van de richtlijn. Daarna wordt de richtlijn nogmaals voorgelegd aan de betrokken partijen met het verzoek de richtlijn formeel te bekrachtigen ('autoriseren'). Dit betekent dat de beroepsgroep de richtlijn accepteert als onderdeel van de professionele standaard en dat men zich committeert aan de disseminatie en implementatie van de richtlijn onder de leden van de beroepsgroep. Ook kan een onafhankelijke instantie een officieel keurmerk toekennen aan de richtlijn. Deze instantie kan de richtlijn toetsen aan gangbare criteria voor richtlijnontwikkeling, zoals bijvoorbeeld vastgelegd in het AGREE Instrument (zie paragraaf 2.3.4).

Publicatie en disseminatie

Na autorisatie wordt de tekst van de richtlijn gepubliceerd. Dit kan zowel in boekvorm als digitaal. In toenemende mate worden richtlijnen alleen digitaal beschikbaar gesteld, bijvoorbeeld via een website. Voordelen zijn de lage kosten en de mogelijkheid tot snelle aanpassing als er nieuwe ontwikkelingen zijn. 'Disseminatie' staat voor de verspreiding van de richtlijn onder de doelgroep. Sommige beroepsorganisaties publiceren hun richtlijnen in een tijdschrift, andere verspreiden de richtlijn in losse uitgaven gratis onder hun leden. Bij publicatie op een website wordt de richtlijn vaak in een nieuwsbrief of e-mailbericht aangekondigd. Op deze wijze worden de professionals op de hoogte gebracht van de inhoud van een nieuwe richtlijn. Daarnaast worden er samenvattingen van de richtlijn gepubliceerd in vakinhoudelijke tijdschriften zoals het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Ook worden er soms patiëntenversies van richtlijnen gepubliceerd en bijbehorende informatiefolders.

Implementatie

Implementatie heeft als doel dat de richtlijn een structurele plaats krijgt in het professioneel handelen. Dit gaat verder dan disseminatie, want alleen verspreiden van de richtlijn leidt niet tot een gedragsverandering in de praktijk.^[9] Vaak wordt het als een aparte fase gezien die intreedt nadat de richtlijn klaar en verspreid is. In dat geval kunnen er allerlei problemen en barrières aan het licht komen, waardoor de invoering in gevaar komt. Bij evidence-based richtlijnontwikkeling wordt in alle fasen van de ontwikkeling rekening gehouden met de implementatie (figuur 2.2): in de werkgroep zijn leden uit alle betrokken beroeps- en patiëntengroepen vertegenwoordigd; de leden van de werkgroep zijn officieel afgevaardigd namens hun wetenschappelijke vereniging; er wordt een knelpuntenanalyse uitgevoerd; bij het formuleren van aanbevelingen wordt aandacht besteed aan mogelijke belemmerende factoren bij het invoeren van die aanbeveling in de praktijk; en de landelijke commentaarfase is ook bedoeld om het draagvlak voor de richtlijn te vergroten. Op deze wijze worden de professionals uit het veld betrokken bij de ontwikkeling van de richtlijn en zal men eerder geneigd zijn de richtlijn toe te passen in de praktijk dan wanneer de richtlijn van bovenaf wordt opgelegd.

2.3.3 VAN EVIDENCE NAAR AANBEVELING

Het meest essentiële onderdeel van richtlijnen zijn de aanbevelingen voor de praktijk. In deze aanbevelingen wordt geformuleerd waaruit optimale, doeltreffende zorg bestaat. De aanbevelingen berusten zoveel mogelijk op wetenschappelijk bewijs en op allerlei andere overwegingen met het oog op de praktische haalbaarheid en wenselijkheid. De vertaalslag van de conclusies uit de wetenschappelijke literatuur naar aanbevelingen voor de praktijk is bij uitstek de taak van de werkgroep. Hierin zitten de vakinhoudelijke experts met praktijkervaring en bij voorkeur ook vertegenwoordigers van patiënten die hun belangen behartigen en voor de inbreng van het patiëntenperspectief zorgen. Bij het formuleren van de aanbevelingen worden de hierna beschreven overwegingen standaard meegenomen.

Klinische relevantie

De klinische relevantie hangt samen met de grootte van het effect, het relatieve voordeel van de interventie ten opzichte van andere interventies en de generaliseerbaarheid. Deze variabelen zijn eerder bij de beoordeling en samenvatting van de wetenschappelijke literatuur aan bod geweest. In de context van de vertaalslag naar aanbevelingen gaat het vooral om afwegingen die niet in de literatuur zijn terug te vinden en worden bepaald door praktijkervaring en meningsvorming. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de toepasbaarheid voor patiënten met comorbiditeit of met een beperkte levensverwachting. Deze zijn vaak uitgesloten van wetenschappelijk onderzoek, terwijl dit type patiënten in de praktijk juist veel wordt gezien. Bij het formuleren van een beleid voor deze groep speelt de praktijkervaring een doorslaggevende rol.

Veiligheid

Bij veiligheid gaat het om bijwerkingen en risico's op korte en lange termijn. Vaak zijn de gegevens hierover in de literatuur schaars. De ervaringen van professionals in de praktijk kunnen dan een doorslaggevende rol spelen. Bij nieuwe technologieën zijn nog geen gegevens bekend over de langetermijnrisico's. In dat geval kan voorzichtig een inschatting worden gemaakt op basis van theoretische en pathofysiologische redeneringen.

Patiëntenperspectief

De wensen, voorkeuren en verwachtingen van patiënten spelen een belangrijke rol bij het formuleren van aanbevelingen voor de praktijk. Invasieve interventies of behandelingen waarbij veel van de patiënt zelf gevraagd wordt, kunnen op weerstand stuiten. Wel moet er rekening mee worden gehouden dat patiënten uiteenlopende behoeften hebben (zie paragraaf 2.2.2). De aanbevelingen worden zodanig geformuleerd dat ze een flexibele toepassing in de praktijk mogelijk maken. Dit kan bijvoorbeeld door meerdere behandelopties te noemen indien het bewijs voor effectiviteit ongeveer gelijk is.

Professioneel perspectief

Dit betreft een inschatting van de inspanningen die zorgprofessionals moeten leveren om de aanbevelingen in de praktijk toe te passen. Als een

interventie wordt aanbevolen waarvan de uitvoering meer tijd kost dan de gebruikelijke zorg, kan dat een belemmering zijn bij de toepassing. Ook de financiële vergoeding voor de professional is een overweging die van belang kan zijn. Als er iets extra's van hem gevraagd wordt, zou daar ook iets tegenover moeten staan. Daarmee wordt tevens de verantwoordelijkheid verankerd.

Beschikbaarheid van voorzieningen

Sommige interventies die in de literatuur staan beschreven, zijn (nog) niet beschikbaar in Nederland. Als de meerwaarde hiervan evident is, kan een richtlijn de introductie versnellen.

Zorgorganisatie

Vooraf bij complexe interventies waarbij meerdere disciplines betrokken zijn, bijvoorbeeld het opzetten van een zogenoemde stroke unit voor patiënten met een beroerte, wordt vereist dat geanticipeerd wordt op de organisatorische consequenties. Als er een duidelijk bewijs bestaat voor de meerwaarde, kan bij de aanbeveling een implementatieplan worden geleverd om de invoering in de praktijk te ondersteunen.

Kosten

Als er een keuze moet worden gemaakt tussen beleidsalternatieven waarvan de effectiviteit gelijk is, heeft in principe de goedkoopste optie de voorkeur. In de praktijk zijn er echter vaak subtiele verschillen in effectiviteit of praktisch gemak. Denk bijvoorbeeld aan geneesmiddelen die in een eenmaal daagse toedieningsvorm beschikbaar zijn, maar die wel duurder zijn dan de twee- of driemaal daagse variant. Ook moet worden nagedacht over de vergoeding van interventies binnen het basiszorgpakket. Een richtlijn behoort rekening te houden met het maatschappelijke perspectief en het beschikbare gezondheidszorgbudget.

Al deze overwegingen en afwegingen worden transparant gemaakt in de richtlijntekst, net zoals de beoordeling en samenvatting van de literatuur. Inzicht in de onderbouwing en argumentatie voor bepaalde aanbevelingen biedt de professional in de praktijk de gelegenheid de patiënt optimaal te informeren en zijn beleidsvoorstel toe te lichten. Hierop stoelt het vertrouwen in doeltreffende zorg en in de professional die de zorg uitvoert.

NHG-Standaard Otitis media acuta bij kinderen

De NHG-Standaard Otitis media acuta bij kinderen is een richtlijn voor huisartsen, die de afwegingen met betrekking tot het al dan niet voorschrijven van antibiotica transparant weergeeft. In de richtlijn wordt gesteld dat bij de meeste kinderen geen antimicrobiële behandeling is geïndiceerd. Bij niet-ernstig zieke kinderen (ouder dan 6 maanden), bij kinderen met een eenzijdige otitis media acuta en bij kinderen zonder otorroe kan in eerste instantie een afwachtend beleid worden gevoerd. Een antimicrobiële behandeling wordt wel aanbevolen:

- bij een ernstig ziek kind of als het kind zieker wordt;
- bij risicofactoren voor complicaties.

In eindnoten wordt toegelicht dat deze aanbevelingen niet berusten op empirisch onderzoek, maar op consensus binnen de werkgroep respectievelijk op aanbevelingen van de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied.

Daarnaast stelt de richtlijn dat de huisarts in overleg met de verzorgers van het kind, als een grotere kans op eerder koorts- en pijnvrij zijn van belang is, kan overwegen een behandeling met een oraal antimicrobiële geneesmiddel te starten bij:

- kinderen jonger dan 2 jaar met een dubbelzijdige otitis media acuta;
- kinderen die bij de eerste presentatie een loopoor hebben.

Deze set van aanbevelingen is gebaseerd op de Cochrane review over de effectiviteit van een antibiotische behandeling van otitis media acuta bij kinderen (zie paragraaf 2.2.2), eveneens besproken in een eindnoot inclusief cijfers over de NNT (number needed to treat). Aangezien de NNT voor de reductie van pijn op de tweede tot zevende dag bij kinderen jonger dan 2 jaar met een dubbelzijdige acute otitis media en bij kinderen die bij de eerste presentatie tijdens een episode een loopoor hebben aanmerkelijk lager is (4 respectievelijk 3), wordt geconcludeerd dat de huisarts bij deze kinderen 'althans als dit effect in het individuele geval belangrijk wordt gevonden' in

2

overleg met de verzorgers kan overwogen een antimicrobieel geneesmiddel voor te schrijven.

In het algemeen wordt in de NHG-Standaarden het principe gehanteerd onnodig antibioticagebruik zoveel mogelijk tegen te gaan om (toename van) bacteriële resistentie te voorkomen. Nederland is hierin zeer succesvol gebleken in vergelijking met andere Europese landen. Indirect heeft dit beleid ook een gunstig effect op de kosten in de gezondheidszorg door lagere geneesmiddelenuitgaven en lagere ziekenhuiskosten doordat de opgenomen patiënten doorgaans goed reageren op antibiotica en een kortere ligduur hebben.

2.3.4 KENMERKEN VAN EFFECTIEVE RICHTLIJNEN

Richtlijnen zijn documenten die doeltreffende zorg omschrijven. Zij vormen een brug tussen wetenschap en praktijk en een medium waarin de meest recente wetenschappelijke bevindingen over een bepaald onderwerp naar de professionals in de praktijk worden gecommuniceerd. Hoe kan ervoor worden gezorgd dat de richtlijnen worden gelezen en daadwerkelijk in de praktijk worden gebruikt? Richtlijnen zijn, al zijn ze nog zo zorgvuldig ontwikkeld en gebaseerd op wetenschappelijk bewijs, pas effectief als ze echt in de praktijk worden gebruikt in de zorg voor individuele patiënten. Hiertoe is van belang dat de aanbevelingen zo specifiek mogelijk zijn geformuleerd en niet te ingewikkeld zijn. Als er verschillende beleidsopties zijn, moeten deze zo worden gepresenteerd dat de zorgprofessional en de patiënt een onderbouwde en gemotiveerde keuze kunnen maken.

Vaak worden bij de richtlijnen allerlei producten geleverd die het toepassen van de aanbevelingen in de praktijk helpen bevorderen. Voorbeelden zijn samenvattingen, flowcharts of computerondersteunende software, die vooral bedoeld zijn voor de professional. Patiënten zijn gebaat bij een patiëntenversie van de richtlijn, van de richtlijn afgeleid informatiemateriaal en zogenoemde keuzehulpmiddelen. Keuzehulpen worden vooral gebruikt bij onderwerpen waarbij meerdere beleidsopties bestaan met vergelijkbaar resultaat,

waaruit de patiënt bewust kan kiezen. Voorbeelden zijn cardiovasculair risicomangement (diverse vormen van leefstijlverbetering en/of medicamenteuze therapie), rughernia (conservatieve of operatieve therapie) en depressie (psychotherapie en/of medicamenteuze therapie). Hiervoor kan de website kiesBeter (www.kiesbeter.nl) worden geraadpleegd.

Om het effect van richtlijnen in de praktijk te kunnen meten, zijn meetinstrumenten nodig die de 'compliance' ten aanzien van richtlijnen meten. Meestal worden hiervoor zogenoemde indicatoren gebruikt. Deze zijn afgeleid van de aanbevelingen uit de richtlijn en geven een aanwijzing voor de mate waarin de richtlijn wordt opgevolgd. Een voorbeeld van een indicator is het percentage kinderen boven de 2 jaar met otitis media acuta dat antibiotica heeft gekregen. Voor elke indicator wordt een standaard bepaald, waarvan men vindt dat deze goede kwaliteit van zorg weerspiegelt. In dit geval zou de standaard bijvoorbeeld kunnen liggen op 80%, omdat er gevallen kunnen zijn waarbij gemotiveerd van de richtlijn wordt afgeweken. In geval van veiligheidsnormen ligt het percentage op 100%. In hoofdstuk 6 wordt meer in detail ingegaan op de ontwikkeling en het gebruik van indicatoren.

Kwaliteitscriteria voor richtlijnen: AGREE II

In 2001 is het AGREE Instrument (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation) verschenen, waarin kwaliteitscriteria voor richtlijnen zijn geformuleerd. Dit instrument kan worden beschouwd als de internationale standaard voor evidence-based richtlijnontwikkeling. Ook de toepasbaarheid van de richtlijn maakt onderdeel uit van de kwaliteit. Onlangs is een nieuwe versie, AGREE II, uitgekomen, waarvan de criteria in het kader zijn weergegeven.^[10]

Kwaliteitscriteria voor richtlijnen volgens het AGREE Instrument

Onderwerp en doel

- 1 Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven.
- 2 De vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven.

- 3 De populatie (patiënten/algemene bevolking) waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven.

Betrokkenheid van belanghebbenden

- 1 De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld, komen uit alle relevante beroepsgroepen.
- 2 Het perspectief en de voorkeuren van de doelpopulatie (patiënten/algemene bevolking) zijn nagegaan.
- 3 De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd.

Methodologie

- + Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal.
- 2 De criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven.
- 3 De sterke punten en beperkingen van het wetenschappelijk bewijs zijn beschreven.
- 4 De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven.
- 5 Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen.
- 6 Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal.
- 7 De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld.
- 8 Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld.

Heiderheid en presentatie

- 1 De aanbevelingen zijn specifiek en onduidelijk.
- 2 De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld.
- 3 De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen.

Toepassing

- 1 De richtlijn beschrijft de bevorderende en belemmerende factoren bij het toepassen van de richtlijn.
- 2 De richtlijn geeft advies en/of hulpmiddelen voor toepassing van de aanbevelingen in de praktijk.

- 3 De mogelijke implicaties van het toepassen van de aanbevelingen voor de kosten en benodigde middelen zijn overwogen.
- 4 De richtlijn geeft criteria om te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd.

Ooefunkelbaarheid van de opstellers

- 1 De opvattingen van de financierende instantie hebben de inhoud van de richtlijn niet beïnvloed.
- 2 Conflicterende belangen van leden van de richtlijnwerkgroep zijn vastgelegd en besproken.

2.4 Doeltreffende zorg in de praktijk

Met de bagage van EBM en een pakket aan richtlijnen worden professionals geacht doeltreffende en verantwoorde zorg in de praktijk te leveren. Als de patiënten behoren tot de doelpopulaties die in richtlijnen worden beschreven, kunnen die richtlijnen worden toegepast. Richtlijnen dekken echter maar een deel van de problemen en ziektebeelden die in de praktijk worden aangetroffen. Voor zeldzame aandoeningen zijn vaak geen evidence-based richtlijnen of systematische reviews beschikbaar. In dat geval kunnen handboeken of experts worden geraadpleegd of handelt men op basis van logisch en pathofysiologisch redeneren en klinische ervaring. Kenmerkend voor het werk van de professional in de praktijk is dat voortdurend tegen de grenzen van kennis wordt aangelopen en dat niet altijd duidelijk is wat het beste, meest doeltreffende beleid is. Een academische aanpak veronderstelt dat men de tijd neemt om een en ander goed uit te zoeken, door geschikte bronnen te raadplegen en zelf eventueel een literatuurzoekactie uit te voeren in de bibliografische databases. Echter, de realiteit is dat de wachtkamer vol zit, dat er elke dag weer nieuwe patiënten komen, met weer andere, wellicht nog complexere problemen. En dat er zich plots een spoedgeval kan aandienen, dat het hele werkschema in de war schopt. De druk is groot om goed te presteren en om daarover verantwoording af te leggen. Ook kan het wel eens een keer fout gaan. Gezien de duizenden patiëntcontacten is dat welhaast onvermijdelijk in een professionele carrière. Hoe kan een professional onder deze

druk nog steeds doeltreffende en verantwoorde zorg leveren?

2.4.1 TOEPASSING VAN RICHTLIJNEN

Voor de meest voorkomende onderwerpen zijn richtlijnen dankbare hulpmiddelen bij het leveren van doeltreffende zorg in de praktijk. Ze maken onderdeel uit van de ‘professionele standaard’ die een goed hulpverlener geacht wordt te kennen en te volgen. Het zijn echter geen wetten die in alle gevallen moeten worden nageleefd. Er kan altijd gemotiveerd van worden afgeweken. Soms moet er zelfs van worden afgeweken, bijvoorbeeld bij patiënten met comorbiditeit die veel medicatie gebruiken. In dat geval zouden hogere streefwaarden voor bloeddruk of cholesterol kunnen worden geaccepteerd om te voorkomen dat er nog meer medicatie wordt voorgeschreven met het risico op interacties en bijwerkingen. Ook leefstijladviezen moeten worden aangepast aan de individuele patiënt. Het advies om meer dan drie keer per week ten minste een half uur per dag intensief te bewegen om het risico op hart- en vaatziekten te verminderen, is bij patiënten met ernstige COPD of gewrichtsklachten niet haalbaar. Daarnaast moet niet onderschat worden dat patiënten vaak al eerder ervaring hebben met behandelingen die meer of minder werkzaam zijn gebleken. Zelfs bewezen werkzame therapieën zijn niet bij alle patiënten effectief. Ofwel, het ‘number needed to treat’ is nooit gelijk aan 1. Ook gedragen patiënten zich in de praktijk anders dan in een onderzoeksetting. Ze maken niet altijd keuzes op rationele gronden. Zelfs als patiënten oprecht beloven mee te werken aan de behandeling, laat de therapietrouw vaak te wensen over. De informatie wordt soms niet goed begrepen, vergeten of later tegengesproken door mensen in de omgeving. Een goede relatie met de patiënt en het scheppen van vertrouwen in de zorg dragen wellicht net zoveel bij aan doeltreffende zorg dan het volgen van evidence-based richtlijnen. Wat geneeskunde tot geneeskunst maakt, is dat de kennis en kunde zodanig naar de individuele situatie worden vertaald dat de patiënt zich niet als nummer maar speciaal behandeld voelt. Daarom is het afwijken van richtlijnen niet per definitie suboptimale zorg.

In de juridische context worden richtlijnen als toetssteen gebruikt voor de beoordeling van klachten of (vermeende) fouten. Toch is er altijd een expertpanel nodig om de juiste toepassing van de richtlijnen in de praktijk te kunnen beoordelen. Bij het afwijken van richtlijnen ligt de bewijslast bij de professional, die op goede gronden moet kunnen aantonen waarom ervan is afgeweken. Het finale oordeel komt tot stand door een wegingsproces, waarbij de communicatie en bejegening vaak de doorslag geven. De casus van Lotte Sanders illustreert hoe belangrijk de communicatie is om het beleid te bepalen. Als de patiënt (en/of verzorgers) instemmen met het beleid en vertrouwen hebben in de werkzaamheid van de behandeling, is de kans op ‘genezing’ groter dan wanneer dit niet het geval is.

2.4.2 SAMENWERKING

Het leveren van doeltreffende zorg is teamwork. Zorgprofessionals zijn geen solisten op een eiland, maar werken samen in multidisciplinaire teams, zorggroepen of andere samenwerkingsverbanden en zijn ingebed in een lokale of regionale zorgorganisatie. De professionals vullen elkaar aan in kennis en ervaring, vooral met betrekking tot unieke en complexe problemen waarop richtlijnen geen antwoord geven. Zij hebben te maken met collega’s binnen en buiten de eigen discipline en met managers en ondersteunend personeel die allemaal een schakel in de zorgorganisatie zijn. Als één daarvan hapert, kan dat grote gevolgen hebben voor het zorgaanbod. Een goede verstandhouding met de samenwerkingspartners is essentieel voor het leveren van doeltreffende zorg.

Samenwerking in de eerste lijn

Zelfs bij eenvoudige klachten en problemen worden patiënten geconfronteerd met meerdere zorgprofessionals. De solohuisartspraktijk waarin de echtgenote van de huisarts de telefoon aanneemt als de huisarts visite rijdt, is een uitstervend fenomeen. Elke huisartspraktijk heeft één of meer praktijkassistenten die een belangrijke rol spelen bij de triage, voorlichting en educatie. Daarnaast hebben de meeste praktijken een praktijkondersteuner, een gespecialiseerde verpleegkundige, in dienst voor de chronische zorg en ouderenzorg. Met hen worden geprotocol-

leerde werkafspraken gemaakt, veelal afgeleid van de NHG-Standaarden. Op lokaal niveau zijn er binnen de eerste lijn vaak samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en andere disciplines, zoals fysiotherapeuten, verloskundigen en apothekers. Sommige disciplines beschikken net als de huisarts over evidence-based richtlijnen die de basis vormen voor dergelijke afspraken. Op landelijk niveau is er een Netwerk Eerstelijns Organisaties (NEO), bestaande uit landelijke beroepsorganisaties die zich bezighouden met richtlijnontwikkeling en de inhoudelijke ondersteuning van het kwaliteitsbeleid in de eerste lijn. Hierin wordt gestreefd naar afstemming, samenwerking en doelmatigheid van de landelijke activiteiten. De samenwerking tussen de eerste en tweede lijn wordt ondersteund door de zogenoemde Landelijke Transmurale Afspraken (LTA's), die op initiatief van het Nederlands Huisartsen Genootschap worden ontwikkeld en waarbij de NHG-Standaarden als basis worden gebruikt.

Samenwerking in de tweede lijn

In ziekenhuizen en andere zorginstellingen is er vanzelfsprekend een samenwerking op afdelingsniveau. Medisch specialisten werken daarnaast vaak samen in een maatschap, waarin ook financieel-economische zaken zijn vastgelegd. Rondom complexe ziektebeelden zijn multidisciplinaire teams operationeel die regulier overleg hebben. In de oncologische en intensieve zorg is dit eerder regel dan uitzondering. Alle teamleden moeten goed op de hoogte zijn van hun taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden en van de zorginhoudelijke richtlijnen en protocollen die door de instelling zijn onderschreven. Goed functionerende teams zijn een belangrijke voorwaarde voor het leveren van doeltreffende zorg. Daarbij past het adequaat omgaan met meningsverschillen en conflicten. Van de teamleden wordt een open, kritische houding en voldoende zelfreflectie gevraagd. Men houdt elkaar scherp op een constructieve manier. Matig of slecht functionerende teams kunnen onveilige situaties in de hand werken. De zorg wordt soms vergeleken met de luchtvaart, met als doel een veilige vlucht naar de plaats van bestemming, liefst zonder vertraging. In de bedrijfscultuur past een streng geprotocolleerde aanpak met vele geformaliseerde samenwerkingsafspraken. De ziekenhuiszorg kan hiervan leren, vooral als het gaat om com-

plexe behandelingen, bijvoorbeeld hart- of oncologische chirurgie. De afspraken gaan veel verder dan de richtlijnen zoals die eerder in het hoofdstuk zijn beschreven en bevatten ook checkmomenten, dubbele controles en time-outs als er iets niet klopt of als iemand het gevoel heeft dat er iets niet klopt. De hiërarchische verhoudingen mogen de samenwerking niet belemmeren. De ambitie is om elke dag samen een optimale prestatie te leveren.

2.4.3 BEST PRACTICES

Een 'best practice' is een wijze van praktijkvoering of zorgorganisatie die methoden, technieken of processen toepast die effectiever zijn dan enige andere techniek, methode of proces. Het gaat hierbij om het resultaat dat in de praktijk wordt behaald. Belangrijk is dat het handelen en de resultaten regelmatig worden geëvalueerd, zodat tijdig bijsturing kan plaatsvinden opdat het gewenste resultaat wordt bereikt. Als er sprake is van een bijzondere prestatie en het proces en de resultaten worden transparant gemaakt, kunnen deze als voorbeeld ('best practice') fungeren voor andere praktijken of instellingen. Een best practice kan echter niet zomaar worden overgenomen en geïmplementeerd door een andere organisatie. Een goed begrip van de context, de randvoorwaarden en succesfactoren is essentieel. Wij beschrijven een best practice in de eerste lijn (EBM in de huisartspraktijk) en in de tweede lijn (stroke unit), waarin het elke dag leveren van de 'beste zorg' op grond van de meest recente wetenschappelijke gegevens wordt nagestreefd.

Best practice in de eerste lijn

De meeste huisartsen onderschrijven de principes van EBM en geven aan te werken volgens de NHG-Standaarden. Toch is dit geen sinecure. Jaarlijks verschijnen er circa 8 standaarden, waarvan de meeste herzieningen zijn van vorige versies. Alleen al het kennisnemen van de richtlijnen vergt veel studietijd. Het is vrijwel onmogelijk om alle honderden aanbevelingen te onthouden. Voor de toepassing in de praktijk zijn hulpmiddelen onontbeerlijk. De 'best practice' in de huisartspraktijk kenmerkt zich niet door de huisarts die alles weet, maar door de praktijk die zo is ingericht dat de gezochte informatie snel kan worden gevonden. Het Nederlands Huisart-

sen Genootschap heeft daartoe allerlei hulpmiddelen ontwikkeld, zoals de volgende.

- Mappen waarin de geplastificeerde samenvattingskaartjes kunnen worden opgeborgen. Het zijn er inmiddels twee, die elk ongeveer 40-50 kaartjes kunnen bevatten. Deze worden op nummer of op alfabetische volgorde geplaatst. Elk jaar wordt een nieuwe inhoudsopgave geleverd. Het vergt discipline van de huisarts om dit goed bij te houden. In een best practice zijn deze mappen geheel op orde en staan binnen handbereik in de spreekkamer, zodat deze tijdens het consult kunnen worden geraadpleegd.
- Standaardenboek met alle actuele 'full-text' standaarden, gerangschikt naar tractus. Dit boek wordt jaarlijks uitgebracht en bevat meer dan 1500 pagina's. Huisartsen kunnen zich hierop abonneren tegen een schappelijke prijs. In de best practice staat ook dit boek binnen handbereik.
- NHG.artsennet.nl/kenniscentrum. Naast de papieren versies, zijn alle standaarden en samenvattingen ook te raadplegen via de website van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Via hyperlinks kan naar een dieper niveau met meer gedetailleerde informatie worden gezocht. In de best practice staat de link naar deze site als icoontje op het werkblad van de computer of bij de 'Favorieten'.
- Elektronisch Voorschrijfsysteem (EVS). Dit is een elektronische applicatie die geïntegreerd is in het elektronisch patiëntendossier en die adviezen geeft over de medicamenteuze therapie aan de hand van de diagnose, op basis van de NHG-Standaarden. Er worden adviezen gegeven over het middel van voorkeur, de dosering en het gebruikersvoorschrift, waarbij rekening wordt gehouden met kenmerken van de patiënt, zoals leeftijd, geslacht en eventuele zwangerschap. In de best practice wordt standaard van het EVS gebruikgemaakt.
- NHG-Patiëntenfolders en NHG-Patiëntenbrieven. Bij vrijwel alle NHG-Standaarden zijn tevens patiënteninformatiefolders gemaakt, die de patiënt informatie bieden over klachten, aandoeningen en het beleid. De folders betreffen informatie over klachten en zijn vooral gericht op zelfzorg en in welke situaties de patiënt een arts zou moeten raadplegen. Alle folders kunnen in een speciaal rek worden geplaatst. In de best practice hangt dit rek in de

wachtkamer. De patiëntenbrieven geven toelichting bij de diagnose en het behandelbeleid en worden naar aanleiding van een consult uitgedeeld. Ze kunnen via NHG.artsennet.nl/kenniscentrum worden geraadpleegd, afgedrukt en meegegeven aan de patiënt. Ook kan de link naar de website worden meegegeven, zodat de patiënt het thuis kan bekijken.

Een best practice heeft een eigen website, waar informatie over de medewerkers, openingstijden en andere praktische informatie wordt gegeven. Daarnaast bevat de website links naar de bovengenoemde sites en actuele informatie over bijvoorbeeld een heersende griep epidemie. Patiënten zijn geïnformeerd over het bestaan van de website via de praktijkfolder of via informatie in de wachtkamer en worden gestimuleerd hier regelmatig naar te kijken.

In een best practice wordt regulier overleg gevoerd, bijvoorbeeld maandelijks, met de medewerkers van het team. Hierin komt de samenwerking aan de orde en kunnen problemen bij het leveren van optimale zorg worden besproken. Het kan gaan om medisch-inhoudelijke vraagstukken, maar ook om de organisatie van de zorg, bijvoorbeeld het beleid bij patiënten die aan het eind van de dag bellen met klachten van een urineweginfectie. Zo is het urineonderzoek het meest betrouwbaar als hiervoor de eerste ochtendurine wordt gebruikt. Als de patiënt toch graag snel behandeld wil worden, welke concessies mogen er dan gedaan worden ten aanzien van het urineonderzoek? Dergelijke zaken staan niet in de NHG-Standaard en vergen eigen invulling en overleg op praktijkniveau.

Een best practice in de huisartspraktijk is een geaccrediteerde praktijk, wat kan worden beschouwd als een onderscheidend keurmerk. De bekendste vorm is de NHG-Praktijkaccreditering. Deze wordt verzorgd door een onafhankelijke accrediteringsorganisatie die de praktijken toetst op het gebied van kwaliteit van praktijkvoering en geleverde zorg. Hierbij wordt gekeken naar de medisch-inhoudelijke kwaliteit (het volgen van de NHG-Standaarden), de organisatie van de zorg en naar patiëntstisfactie. De praktijk wordt bezocht door speciaal getrainde praktijkaccrediteurs. De patiëntstisfactie wordt gemeten door

middel van vragenlijstonderzoek van een steekproef uit de patiëntenpopulatie. Onderdeel van de accreditering is het opzetten en uitvoeren van kwaliteitsverbeteringprojecten die jaarlijks worden geëvalueerd.

De huisarts in een best practice neemt deel aan het zogenoemde farmacotherapeutisch overleg (FTO) waarin huisartsen en apothekers gezamenlijk afspraken maken over het farmacotherapeutisch beleid bij bepaalde onderwerpen. De NHG-Standaarden worden daarbij als onderlegger gebruikt. Bij het overleg worden voorschrijfgegevens op het niveau van de individuele huisarts teruggekoppeld. Hierdoor krijgt men inzicht in de praktijkvariatie en – globaal – in hoeverre de richtlijnen worden opgevolgd. Een jaar na het maken van afspraken kunnen de cijfers opnieuw worden teruggekoppeld, zodat veranderingen in het beleid zichtbaar worden. De huisarts in een best practice stelt zich toetsbaar op en staat open voor het bijstellen van zijn beleid.

Een best practice is ook actief in zogenoemde zorggroepen, waarin de zorg voor bepaalde groepen chronische patiënten op lokaal of regionaal niveau is georganiseerd. Het betreft patiënten met diabetes mellitus type 2, COPD en hartfalen en in het kader van cardiovasculair risicomanagement. Hierbij worden naast de NHG-Standaarden ook zogenoemde zorgstandaarden als leidraad gebruikt. Dit zijn documenten die speciaal voor de patiënt zijn ontwikkeld en waarin de kenmerken van goede zorg zijn omschreven. Hiermee kan ook de financiering van de zorg adequaat worden geregeld. Vaak maken de zorggroepen gebruik van een huisartsondersteunende organisatie, die zorg draagt voor het management, de administratie en voor de terugkoppeling van gegevens. Soms is dit gerelateerd aan een huisartsenlaboratorium dat een deel van de diagnostiek voor de eerste lijn verzorgt. De prikkel om te werken in zorggroepen berust niet zozeer op medisch-inhoudelijke gronden maar op de roep om samenwerking vanuit de overheid en zorgverzekeraars. Zonder deze samenwerking op lokaal of regionaal niveau worden er geen contracten getekend en staat de financiële vergoeding op het spel. De meerwaarde van het werken in zorggroepen boven het ‘zelf regelen’ van de chronische zorg staat nog niet vast. In een best practice wordt soms vooruitgelopen op de ‘evi-

dence’, omdat men graag wil meedoen met nieuwe ontwikkelingen en het werken in nieuwe samenwerkingsverbanden als inspirerend beschouwt.

Tot slot doet een best practice ook mee aan wetenschappelijk onderzoek. Een voorbeeld is de deelname aan het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), een netwerk van 92 geautomatiseerde huisartspraktijken met meer dan 350.000 ingeschreven patiënten. Hierin worden continu gegevens verzameld vanuit het elektronisch patiëntendossier (EPD) over aandoeningen, aantallen contacten en verrichtingen, geneesmiddelfoorschriften en verwijzingen. Met deze informatie wordt wetenschappelijk onderzoek gedaan ten behoeve van het kwaliteitsbeleid en kunnen vraagstellingen op het gebied van het gezondheidszorgbeleid worden beantwoord.

Best practice in de tweede lijn

Een voorbeeld van een best practice in de tweede lijn is de stroke unit. Een stroke unit is een afdeling voor intensieve zorg voor patiënten met een beroerte.^[1] In een ziekenhuis is een dergelijke unit gericht op adequate diagnostiek, zorg en behandeling van patiënten in de acute fase na een beroerte. In een revalidatiecentrum en verpleeghuis zijn de stroke units gericht op de revalidatie na de acute fase en op verdere verbetering van de kwaliteit van leven. We beperken ons hier tot het beschrijven van een ‘ziekenhuis stroke unit’ (ZSU).

Een ZSU veronderstelt de aanwezigheid van:

- een multidisciplinair team van hulpverleners dat is toegerust voor een deskundige en vaardige behandeling van een patiënt met een beroerte;
- een specifiek op de patiënten met een beroerte afgestemd medisch, paramedisch, verpleegkundig en psychosociaal beleid, uitgewerkt in richtlijnen, protocollen, werkafspraken en procedures;
- technische en infrastructurele faciliteiten voor snelle diagnostiek, behandeling, secundaire preventie, complicatiepreventie en een eerste aanzet tot revalidatie;
- inbedding in een stroke service, zodanig dat de patiënt met een beroerte, in het belang van zijn behandeling, zo spoedig mogelijk kan worden overgeplaatst naar een passend vervolghulp-aanbod.

De ZSU functioneert als onderdeel van een zogenoemde stroke service, een regionale zorgketen van zorgaanbieders die gezamenlijk, als netwerk, een integrale, deskundige en samenhangende zorg en behandeling voor patiënten met een beroerte waarborgen in alle fasen van de aandoening. Een 'ketencoördinator' onderhoudt contacten met de ketenpartners en is (mede)verantwoordelijk voor het proces van monitoring van de patiëntenstroom en voor monitoring van de prestaties en kwaliteit van de keten. Essentieel is dat er goede afspraken zijn gemaakt met huisartsen, verpleeghuizen, revalidatiecentra en thuiszorg over de in- en uitstroom van patiënten.

In de acute fase beoordeelt de huisarts of de patiënt in aanmerking komt voor trombolyse en regelt met spoed vervoer van de patiënt naar het ziekenhuis. Als de melding via 112 binnenkomt, beschikt de ambulancedienst over protocollen om de patiënt te beoordelen, al dan niet in overleg met de huisarts. Binnen drie uur na het ontstaan van de verschijnselen kan worden gestart met trombolyse, eventueel al in de ambulance. Over de criteria om patiënten in te sturen zijn afspraken gemaakt tussen de regionale huisartsenpost, de regionale ambulancedienst en de spoedeisende hulp van het ziekenhuis.

Elke patiënt met een beroerte komt in aanmerking voor opname op een ZSU. De ZSU vormt een aparte eenheid op de afdeling Neurologie en heeft minimaal vier bedden. Binnen de unit wordt een vast team van verpleegkundigen opgeleid. Het kernteam van een ZSU bestaat uit een neuroloog als hoofdbehandelaar, gespecialiseerde verpleegkundigen, revalidatiearts, fysiotherapeut, logopedist, ergotherapeut, maatschappelijk werker, transferverpleegkundige en idealiter ook een verpleeghuisarts en neuropsycholoog, zonodig aangevuld met een geriater, activiteitenbegeleider en psychiater. Cardioloog, internist en diëtist kunnen snel geconsulteerd worden. De neuroloog is eindverantwoordelijk voor de zorg aan de patiënt op een ZSU en voor een adequate voorlichting aan de patiënt en diens naasten. Daarnaast speelt de neuroloog een belangrijke rol bij het onderhouden van de medische deskundigheid van de teamleden. Deskundigheid wordt opgebouwd door landelijke nascholing en door regionale

symposia, discussiemiddagen en trainingen. Verder leren de teamleden van elkaar en door scholing binnen de eigen beroepsgroep.

De zorg in de ZSU is geprotocolleerd. De landelijke CBO-richtlijn Beroerte uit 2009 wordt hierbij als basis gebruikt. Daarnaast zijn er regionaal vastgestelde protocollen over opnamebeleid, doorstroming en doorverwijzing naar andere zorginstellingen, diagnostiek en behandeling met tijdsindex (bijvoorbeeld voor trombolyse, neuropsychologische stoornissen), complicaties en preventie (zoals slikstoornissen, gebruik van urinekatheters, trombosepreventie, aspiratiepneumonie, urineweginfectie en decubitus), voedingsbeleid, informatieverstrekking (naar patiënt, partner en familieleden, naar volgende fase van het zorgtraject en terugkoppeling) en over de organisatie van de zorg, samenwerking en verdeling van verantwoordelijkheden. De tijd waarbinnen diagnostiek en behandeling plaatsvinden, wordt bijgehouden ten behoeve van het interne kwaliteitsbeleid. De zorg op een ZSU duurt enkele dagen, maar het herstel duurt langer. Drie maanden na de beroerte wordt de functionele gezondheidstoestand van alle patiënten gemeten. De onafhankelijkheid van derden met betrekking tot dagelijkse activiteiten is een maat voor herstel en wordt eveneens gebruikt in het kwaliteitsbeleid.

De huisarts speelt een belangrijke rol bij het vastleggen van de protocollaire overgang tussen eerste en tweede lijn, bij terugkeer naar huis of doorverwijzing naar revalidatiecentrum of verpleeghuis en bij de voorlichting en begeleiding van de patiënt in het vervolgtraject. Bij de terugkeer van de patiënt naar de eerste lijn wordt de huisarts vóór het ontslag van de patiënt ingelicht. Ook wordt de huisarts tijdig en voldoende geïnformeerd bij overplaatsing van een patiënt naar een vervolginstelling.

Ten behoeve van de kwaliteitsbewaking vindt registratie plaats van het aantal opgenomen patiënten, de ligduur, de aard en ernst van de beroerte, de therapie, het aantal complicaties en de mortaliteit. Deze gegevens worden vastgelegd in een jaarverslag dat publiek toegankelijk is. Jaarlijks wordt nagegaan of de gestelde doelen zijn behaald en worden nieuwe verbeterdoelen opgesteld.

Kernpunten

- Doeltreffende zorg is zorg die het beoogde effect heeft in de dagelijkse praktijk. Hiervoor zijn professionele kennis en ervaring vereist.
- Om vast te stellen welke interventies effectief zijn, worden de principes van evidence-based medicine (EBM) als leidraad gebruikt.
- EBM is het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen over de zorg voor individuele patiënten. Hierbij wordt de mate van bewijskracht vaak uitgedrukt in niveaus van bewijs.
- Evidence-based richtlijnen zijn belangrijke instrumenten om doeltreffende zorg met betrekking tot specifieke onderwerpen expliciet en zichtbaar te maken voor zorgprofessionals.
- Effectieve richtlijnen bevatten specifieke aanbevelingen over optimale zorg. Hierbij worden de beleidsopties transparant gepresenteerd, zodat de zorgprofessional en de patiënt samen een onderbouwde en gemotiveerde keuze kunnen maken.
- Een ‘best practice’ levert doeltreffende zorg door een bijzondere wijze van praktijkvoering of zorgorganisatie. Succesfactoren zijn transparantie over de zorgdoelen, geprotocolleerd samenwerken, heldere afspraken en communicatie, terugkoppeling van resultaten en openstaan voor verbetering van het zorgproces.

Literatuur

- 1 Horstmanshoff HFJ, Everdingen JJE van (red.). De eed van Hippocrates. Overveen: Uitgeverij Belvédère/Medidact, 2004.
- 2 Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
- 3 Offringa M, Assendelft WJJ, Scholten RJPM (red.). Inleiding in evidence-based medicine (derde, herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.
- 4 Hannes K, Aertgeerts B, Schepers R, Goedhuys J, Buntinx F. Evidence-based denken en handelen: een overzicht van de meest voorkomende kritieken. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:1983-8.
- 5 Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. London: Churchill-Livingstone, 2000.
- 6 Etten-Jamaludin F van, Deurenberg R. Praktische handleiding PubMed (tweede druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.
- 7 Everdingen JJE van, Burgers JS, Assendelft WJJ, Swinkels JA, Barneveld TA van, Klundert JLM van de (red.). Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004.
- 8 Kremer L, Burgers J, namens de werkgroep Richtlijnen voor richtlijnen. Richtlijnen voor richtlijnen. Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2010.
- 9 Burgers JS. Richtlijnen als hulpmiddel bij de verbetering van de zorg. In: Grol R, Wensing M, red. Implementatie: effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2006: 124-50.
- 10 AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *CMAJ* 2010 (in press)
- 11 Commissie ontwikkeling Richtlijnen Stroke Unit (CORSU). Advies opzet stroke unit. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2002.

Websites

- nl.wikipedia.org/wiki/Geneeskunde. Deze pagina op Wikipedia geeft een beschrijving van het vakgebied geneeskunde, het medische proces en een overzicht van de medisch-specialistische disciplines in Nederland en België.
- www.pubmed.gov. De website van Pubmed is een gratis toegankelijke database met beschrijvingen van artikelen uit meer dan 5000 tijdschriften op het gebied van de geneeskunde en verwante vakgebieden.
- sumsearch.uthscsa.edu. SUMSearch is een gratis zoekmachine die vooral geschikt is om snel EBM-informatie te vergaren over een bepaald onderwerp, waarbij ook gezocht wordt naar richtlijnen.
- www.nice.org.uk. De website van het Nationale Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in Engeland en Wales geeft full-text toegang tot alle producten van NICE, waaronder evidence-based richtlijnen, ‘Health Technology Assessment’-rapporten en handreikingen op het gebied van public health en oncologie.
- google.scholar.nl. Google Scholar is een zoekmachine van Google die specifiek naar wetenschappelijke publicaties zoekt en een indruk geeft van de populariteit van artikelen op basis van het aantal citaties.
- dcc.cochrane.org/beoordelingsformulieren-en-andere-downloads. Deze pagina van het Dutch Cochrane Centre bevat formulieren voor het beoordelen van de kwaliteit van wetenschappelijke publicaties, ingedeeld naar onderzoeksonderwerp.

Kiesbeter.nl. KiesBeter.nl is een openbare zorgportal, gefinancierd door de Nederlandse overheid en bedoeld voor alle volwassen inwoners van Nederland die vragen hebben op het gebied van zorg, zorgverzekeringen en gezondheid.

NHG.artsennet.nl/kenniscentrum. De website van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) geeft toegang tot alle NHG-Standaarden en bijbehorend patiëntinformatiemateriaal.

Patiëntenparticipatie en patiëntgerichte zorg

3

T. van der Weijden, S. Molenaar en M. de Booys

Samenvatting

Volgens de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) gaat het bij patiëntgerichte zorg om het realiseren van vraaggestuurde zorg – in tegenstelling tot aanbodgestuurde zorg – voor patiënten en consumenten vanuit het patiëntenperspectief, uitgaande van solidariteit, keuzevrijheid en behoud van persoonlijke autonomie. Door patiëntenparticipatie in de zorg leren we de vragen, voorkeuren en waarden van patiënten beter kennen. Bij patiëntenparticipatie worden patiënten niet alleen gezien als bron van ervaringskennis, maar ook als partner van kennis. Het partnerschap speelt zich af op twee niveaus: individuele participatie in de zorg rond het consult en collectieve participatie van patiënten in het beleid en het inrichten van de zorg.

Individuele patiëntenparticipatie. Zorg van goede kwaliteit wordt op maat geleverd zodat de inhoud en vorm zo goed mogelijk in overeenstemming zijn met de waarden en voorkeuren van de individuele patiënt. ‘Moet ik (nu) medische hulp vragen?’, ‘Naar wie kan ik het best gaan?’, ‘Zal ik instemmen met de voorgestelde medische interventie?’ en ‘Hoe kan ik goed omgaan met mijn chronische ziekte?’ zijn vragen waar patiënten mee zitten. Goed toegankelijke en specifieke informatie voor patiënten over kwaliteit van zorgverleners en instellingen, keuzehulp en gezamenlijke besluitvorming, en tools voor zelfmanagement zijn hierbij belangrijke instrumenten.

Collectieve patiëntenparticipatie. Zorg van goede kwaliteit is op de eerste plaats effectief, doelmatig en veilig. Effectiviteit en doelmatigheid moeten niet alleen worden bepaald door het medische perspectief, maar ook door het perspectief van patiënten. We moeten patiënten betrekken bij het bepalen van de agenda voor medisch onderzoek en voor klinische praktijkrichtlijnen en ook bij het daadwerkelijk uitvoeren van het onderzoek en het ontwikkelen van de richtlijnen. Zorg van goede kwaliteit is niet alleen effectief, doelmatig en veilig, maar is ook tijdig, goed toegankelijk, met een klantvriendelijke service en een respectvolle bejegening van het individu. Door het systematisch monitoren van objectieve en subjectieve ervaringen van patiënten met de zorg, krijgt een organisatie of individuele zorgverlener inzicht in de sterke en zwakke punten van haar of zijn patiëntgerichtheid.

In dit hoofdstuk worden de dimensies van patiëntgerichte zorg beschreven en worden actuele ontwikkelingen in patiëntenparticipatie besproken, met een kritische reflectie op de kwetsbare kanten van patiëntenparticipatie en op de effecten op patiëntgerichte zorg.

Leerdoelen

Na bestudering van dit hoofdstuk is de lezer in staat

- een omschrijving te geven van kwaliteit van zorg en de dimensies van kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van patiënten;
- verschillende modellen voor patiëntgerichte zorg te benoemen, met onderscheid in col-

lectieve en individuele patiëntenparticipatie;

- de belangrijkste actuele ontwikkelingen in patiëntenparticipatie te schetsen;
- kritisch te kunnen reflecteren op de sterke en zwakke kanten van de verschillende vormen van patiëntgerichte zorg.

3.1 Waarom is patiëntgerichtheid belangrijk?

Patiëntgerichtheid is vanuit ethisch perspectief een doel op zich, maar kan ook als middel worden gezien om bepaalde problemen in de zorg te verminderen. Een van de problemen in de zorg is interdoktervariatie. De interdoktervariatie is vaak vele malen hoger dan op basis van demografische verschillen in de behandelde populaties per arts verwacht mag worden. In meerdere studies is aangetoond dat de voorkeuren van dokters voor een bepaalde behandeling soms een onevenredig grote rol spelen, ook wanneer er andere goed te verdedigen behandelopties zijn. De zorg is dan meer aanbodgestuurd in plaats van vraaggestuurd. Dit is bijvoorbeeld aangetoond bij de behandeling van menorrhagieën. In 1988 beschreef de Zwitserse gezondheidszorgonderzoeker Domenighetti dat de grote interdoktervariatie in uterusextirpaties niet verklaard kon worden door verschillen in patiëntkarakteristieken tussen dokters, maar louter door het aantal gynaecologen per 100.000 vrouwen.^[1] Een uterusextirpatie kan een probaat middel zijn voor het stoppen van overmatig vaginaal bloedverlies, maar de ingreep is onomkeerbaar en heeft ook risico's en bijwerkingen. Het kan per vrouw verschillen, afhankelijk van de ervaring van de klachten en de bereidheid om de bijwerkingen voor lief te nemen, of de uterusextirpatie inderdaad de meest geschikte oplossing is in vergelijking met meer conservatieve behandelingen. Beslissingen in de zorg moeten niet alleen gestuurd worden door het aanbod van dokters en hun routines, waarden en voorkeuren, maar ook door de vraag van patiënten en hun waarden en voorkeuren. Effectiviteit en doelmatigheid moeten dus niet alleen bepaald worden door het medische perspectief, maar ook door het perspectief van patiënten.

Een ander wereldwijd probleem is het gebrek

aan therapietrouw bij de behandeladviezen die patiënten krijgen. In een rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) blijkt dat de gemiddelde therapietrouw 50% is, met een variatie van slechts 20% voor leefstijladviezen tot 80% voor chronische medicatie. Dit leidt tot ineffektieve, ondoelmatige en soms zelfs onveilige zorg als patiënten bijvoorbeeld massaal een antibioticumkuur niet afmaken. Deze problemen worden geweten aan het niet altijd aansluiten van de aanbodgestuurde zorg aan de behoeften en noden van patiënten en een gebrek aan dialoog tussen patiënt en zorgverlener. Een voorbeeld: de patiënt heeft stressklachten vanwege opvoedingsproblemen thuis, presenteert zich met hoofdpijn en komt thuis met pijnstillers en slaapmiddelen, maar beseft als hij eenmaal thuis is dat hij eigenlijk een gesprek over en steun voor de situatie thuis had gewild. Door patiëntgerichtheid proberen we te voldoen aan de behoeften van de patiënt, uitmondend in tevredenheid en meer loyaliteit en betrokkenheid van de patiënt. Er zijn aanwijzingen dat dit leidt tot een betere therapietrouw en betere uitkomsten van zorg. Zo zijn er aanwijzingen dat wanneer patiënten in RCT's de therapie krijgen die hun voorkeur heeft, het effect groter is in vergelijking met patiënten die door het lot de therapie kregen die niet hun voorkeur had.^[2]

3.1.1 HOE KUNNEN WE PATIËNTGERICHTE ZORG BEREIKEN?

Al decennialang worden pogingen gedaan om de zorg voor patiënten beter te laten aansluiten bij hun behoeften. Zo is in 1995 in Nederland de dialoog tussen arts en patiënt juridisch gewaarborgd door de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). In deze wet staat vastgelegd dat de arts de voor- en nadelen per diagnostische of behandeloptie, waaronder niets doen, aan de patiënt moet uitleggen en 'informed consent' moet vragen voor een medische interventie. En ook al zijn patiënten aan het veranderen en worden ze mondiger, in de praktijk wordt deze wet niet strikt toegepast. Het past niet in de consultduur of wordt bij triviale medische problematiek (voorschrijven van neusdruppels) niet oppoortuun geacht.

Een tweede beweging om de zorg beter te laten aansluiten bij de behoeften van patiënten is het

systematisch vragen naar de mening van de patiënt over de zorg. Zo wordt patiënten gevraagd om enquêtes in te vullen met vragen over hun tevredenheid over generieke aspecten van de zorg, bijvoorbeeld bejegening, door rapportcijfers te geven. Dit heeft niet de beoogde effecten gehad omdat de patiënten, die immers in een afhankelijkheidsituatie zitten, geneigd zijn sociaal wenselijke antwoorden te geven, ook al mogen ze de vragenlijsten anoniem invullen. De gemiddelde rapportcijfers zijn hoog en differentiëren matig tussen goede en slechte zorg (plafondeffect).^[3] Bovendien zijn de antwoorden op vragen naar tevredenheid gekleurd door verwachtingspatronen, die laag kunnen liggen.^[4]

Juridische wetgeving zonder controlemogelijkheden en door managers ontwikkelde vragenlijsten voor patiënten zijn niet de wondermiddelen die de zorg patiëntgericht maken. De politieke wil is er; patiëntgerichte zorg, de patiënt centraal, de stem van de patiënt en ‘patient empowerment’ zijn immers veelgehoorde kretten. Maar wat patiëntgerichte zorg precies behelst, weten we niet. En wat het dan ook is, het zal een kwetsbaar principe zijn in een gezondheidszorgsysteem dat onder druk staat door vergrijzing en budgetoverschrijdingen.

Om te beginnen zullen we moeten luisteren naar verhalen van patiënten en patiëntenorganisaties. Wat vinden patiënten van de kwaliteit van zorg zoals aangeboden? Wat missen ze in de zorg, wat vinden ze zelf belangrijk aan kwaliteit van zorg? Waar verschillen de perspectieven van patiënt en professional? Vakkennis is uiteraard belangrijk, maar er is ook aandacht nodig voor bejegeningaspecten. In een conferentie in 2009 voor verpleegkundigen en managers (de Prudentiaconferentie ‘Kwaliteit van de zorg: toetsing of toewijding’) is patiënten gevraagd wat ze belangrijk vinden in kwaliteit van zorg. Uiteraard staat bij goede kwaliteit van zorg centraal dat deze vakkundig, veilig, snel en betaalbaar is, maar goede zorg gaat ook over menslievendheid en zorgzaamheid. Menslievendheid is echter moeilijk te meten. De vraag is of onze steeds meer op objectieve metingen gebaseerde en gewaardeerde geneeskunde dit principe niet in gevaar brengt. Goede zorg betekent voor veel patiënten dat niet alleen naar de ziekte wordt gekeken, maar naar de hele mens in zijn sociaal-culturele context. De bejegening, persoonlijke aandacht, respect, em-

patie en compassie komen steeds terug als belangrijk punten. ‘Ze zijn heel de dag met me bezig, maar niemand keek naar me om’, was een quote van een van de deelnemende patiënten. Een andere patiënt zei: ‘Goede zorg houdt in je vak verstaan, de ander verstaan en jezelf verstaan.’

3.2 Wat is dan patiëntgerichte zorg?

Patiëntgerichtheid is een zelfstandige dimensie binnen de definitie van kwaliteit van zorg, zoals in hoofdstuk 1 is beschreven (zie figuur 1.2). Dat druist in tegen de klassieke attitude van medische professionals, die worden geacht het alleenrecht te hebben (op de autoriteit) om te oordelen over de kwaliteit van het medisch-professioneel handelen. Werken aan meer patiëntgerichte zorg gaat niet zomaar over een verandering van attitude, het gaat over een verschuiving van controle en macht, die tot voor kort volledig in de handen van de zorgverleners lagen, naar de patiënt ofwel zorgconsument.^[5] Zorg van goede kwaliteit wordt zo geleverd dat de inhoud en vorm in overeenstemming zijn met de waarden en voorkeuren van de individuele patiënt. Patiënten dienen dus goed geïnformeerd te worden over behandelingsmogelijkheden en betrokken te worden bij beslissingen in de zorg. Donald Berwick, een kwaliteit-van-zorggoeroe uit de VS, geeft de volgende definitie: ‘Patient centered care is the experience (to the extent the informed, individual patient desires it) of transparency, individualisation, recognition, respect, dignity, and choice in all matters, without exception, related to one’s person, circumstances, and relationships in health care.’ Iedere patiënt zou moeten kunnen zeggen: ‘Ik heb precies de hulp gekregen die ik nodig had en die ik wilde, op het juiste moment en op de juiste manier.’ Hier valt op aan te merken dat patiënten niet altijd goed weten of weten te formuleren welke zorg ze wilden (‘Dokter, u hebt ervoor geleerd, zegt u het maar’). Maar het gaat niet alleen over de optimale, effectieve interventie (diagnostisch, therapeutisch, palliatief) voor die persoon. Bij patiëntgerichtheid gaat het ook over hoe de zorg geleverd wordt. En patiënten weten vaak heel goed hoe ze de zorg geleverd willen hebben.

In de literatuur bestaan veel beschrijvingen van patiëntgerichtheid, maar meestal in een meer

ideologische dan concrete vorm. Wat het ook precies is, patiëntgerichtheid is multifactorieel, kent meerdere dimensies en het zal voor iedere patiënt verschillen welke dimensie hij of zij het belangrijkste acht en dat kan ook nog per situatie en moment verschillen. In een review is een raamwerk beschreven voor patiëntgerichtheid tijdens het contact tussen zorgverlener en patiënt met de volgende dimensies.^[6]

- *Het biopsychosociale perspectief* in plaats van het biomedische model. Niet alleen aandacht hebben voor de (symptomen van de) ziekte, maar ook voor de klacht, het ziek zijn, het lijden.
- *De patiënt als persoon*. Aandacht voor de hele mens. De patiënt met zijn of haar unieke ervaringen en context en eigen verhalen, ook in relatie tot de ziekte.
- *Delen van macht en verantwoordelijkheid*. Het zoeken naar gezamenlijkheid, respect voor patiëntenaautonomie en de legitimiteit van ervaringsdeskundigheid.
- *Een therapeutische alliantie*. De patiënt is overtuigd van de waarde van de therapie, er is een persoonlijke band tussen patiënt en dokter, die als sensitief en sympathiek beleefd wordt, en een behandelplan op maat.

Patiëntgerichtheid is uiteraard ook de missie van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), die luidt: 'Realiseren van vraaggestuurde zorg voor patiënten en consumenten vanuit het patiëntenperspectief, uitgaande van solidariteit, keuzevrijheid en behoud van persoonlijke autonomie.' De NPCF heeft 24 basiscriteria geformuleerd die aangeven waaraan de zorg moet voldoen en die bij elke zorgvraag van toe-

passing zijn. De criteria zijn verdeeld over vijf domeinen, waarbij ieder domein is geïllustreerd met een van de criteria (zie tabel 3.1).

Uiteraard hebben goede toegankelijkheid (goede coördinatie tussen eerste en tweede lijn), tijdigheid van de zorg (korte toegangstijden, geen wachttijden) en samenwerking (ketenzorg, teammanagement, betrokkenheid van de familie en vrienden) ook veel te maken met patiëntgerichtheid. De service en klantgerichtheid voor en na het consult zijn van groot belang, maar dit hoofdstuk is voornamelijk gericht op patiëntgerichtheid in de interactie tussen arts en patiënt.

3.3 De rol van patiëntenparticipatie in het streven naar patiëntgerichte zorg

In dit hoofdstuk verstaan we onder patiëntenparticipatie al die strategieën die het verkrijgen van inzicht in de behoeften, wensen, verwachtingen en ervaringen van de patiënten, hetzij individuen of groepen, faciliteren. In het vervolg van dit hoofdstuk wordt dan een aantal strategieën beschreven voor patiëntenparticipatie die veel aandacht krijgen in de medische literatuur. Het overzicht van Angela Coulter in de BMJ waarin ze een aantal strategieën benoemt voor de domeinen kennis, besluitvorming, zelfmanagement en veiligheid vormt een eerste aanzet (tabel 3.2).

Patiëntenparticipatie kan worden onderscheiden in een individuele en een collectieve variant. Bij *individuele patiëntenparticipatie* gaat het erom de zorg zo te leveren dat de inhoud en vorm in overeenstemming zijn met de normen, waarden,

Tabel 3.1 NPCF-domeinen voor patiëntgerichtheid, met voorbeeldcriterium in cursief.

1. Waardering en respect	<i>De privacy van de patiënt is gewaarborgd</i>
2. Aandacht voor sociale en fysieke omgeving	<i>Naasten van de opgenomen patiënt worden niet gezien als bezoeker, maar als onderdeel van het behandelteam</i>
3. Uitwisseling van informatie	<i>Er is keuzeondersteunende informatie voor patiënten beschikbaar</i>
4. Samenwerking met de patiënt	<i>Er is een vast aanspreekpunt voor de patiënt en zijn naasten, die te allen tijde op de hoogte is van het zorgplan</i>
5. Participatie van patiënten	<i>Zorgverleners stimuleren patiënten en hun naasten om deel te nemen aan het zorgproces en de besluitvorming hieromtrent, op een niveau dat voor hen wenselijk is</i>

Tabel 3.2 Patiëntgerichte kwaliteiten van zorgstrategieën^{1,2}

Verbeteren kennis over gezondheid	Brochures en folders met informatie over gezondheid, ziekte en gezondheidszorg
	Audiovisuele informatie over gezondheid, ziekte en gezondheidszorg
	Interactieve informatie over gezondheid, ziekte en zorg (cd-rom of web-based)
	Massamediale campagnes, inclusief soaps
Verbeteren medische besluitvorming	Gerichte strategie om kennisachterstand bij specifieke groepen aan te pakken
	Keuzehulpen voor patiënten (brochures, audiovisueel, gecomputeriseerd, interactief)
	Training voor professionals in communicatie ten behoeve van gezamenlijke besluitvorming
Verbeteren zelfmanagement	Coachen van patiënten bij het doornemen van keuzehulp, patiënten voorbereiden op een consult met belangrijke vragen die ze kunnen stellen tijdens het consult
	Educatie in zelfmanagement, informatie op maat, individueel zorgplan met SMART*-doelen en ondersteuning, centrale zorgverlener als vast aanspreekpunt
	Zelfmonitoren van symptomen en zelftoediening van medicatie
	Zelfhulpgroepen, ondersteuning door ervaringsdeskundigen
	Medisch dossier ook toegankelijk voor de patiënt, digitaal zelfzorgdossier
	Inbedding van aanbevelingen, voorwaarden en tools voor zelfmanagement in een klinische praktijkrichtlijn of zorgstandaard
Verbeteren patiëntveiligheid	Patiëntgerichte robotica en telecare (bijvoorbeeld automatische signalering bij afwijkende meetwaarden bij de patiënt), zie ook hoofdstuk 1
	Informatie om de beste zorgverleners te kiezen
	Patiënten betrekken bij patiëntveiligheid zoals veilig medicatiegebruik (www.mijnzorgveilig.nl)
	Patiënten stimuleren in therapietrouw
	Patiënten stimuleren om bijwerkingen van behandelingen te rapporteren

*SMART zie Lijst van afkortingen, achterin dit boek

behoefte en voorkeuren van de individuele patiënt. Dit voltrekt zich in verschillende fasen. Allereerst is er de fase vóór het contact met een arts, waarin vragen spelen zoals ‘Moet ik medische hulp vragen?’ of ‘Bij welke huisartspraktijk zal ik me laten inschrijven na de verhuizing?’ De tweede fase is de interactie met de arts tijdens het consult waarin de besluitvorming complex kan zijn en vragen spelen als: ‘Zal ik instemmen met de voorgestelde medische interventie?’, of in het geval van meerdere opties: ‘Welke medische interventie heeft mijn voorkeur?’ En bij doorverwijzing naar een specialist: ‘Naar welk ziekenhuis of welke dokter ga ik dan?’ De derde fase treedt in na het consult en de patiënt moet dan onder-

steund worden om de behandelingsadviezen en zelfmanagementstrategieën toe te passen.

We behandelen eerst vormen van individuele patiëntenparticipatie. De collectieve patiëntenparticipatie komt later in dit hoofdstuk aan bod (paragraaf 3.5).

3.4 Vormen van individuele patiëntenparticipatie

3.4.1 VÓÓR HET CONSULT

In de fase vóór het contact met een arts kunnen vragen spelen zoals: ‘Moet ik medische hulp vragen?’ Hierop heeft internet een steeds grotere in-

vloed. Anno 2010 raadpleegt bijna een derde van de Nederlandse internetgebruikers altijd of vaak internet voordat ze de huisarts bezoeken. Verder geeft 22% van de Nederlanders aan altijd of vaak de informatie van het internet te bespreken met zijn huisarts. Dat kan een probleem zijn omdat bijna 70% van de gezondheidsinformatie op het internet niet voldoet aan heersende kwaliteitscriteria. Goede informatiebronnen zijn de websites van de overheid (kiesbeter.nl) en van de patiëntenverenigingen. Daar, en soms ook in patiëntenversies van richtlijnen, staan adviezen, vaak onderbouwd door ervaringsdeskundigen, ter voorbereiding op een consult, bijvoorbeeld voor de soort vragen die de patiënt kan stellen aan de arts en om welke tests of therapieën hij of zij kan verzoeken. Het kan gaan om een formulier waarin patiënten de vragen kunnen opschrijven die ze tijdens het consult aan de arts zouden willen stellen, of een schriftelijke oefening om de eigen voorkeuren ten aanzien van de zorg te verhelderen.

Van een andere orde is de vraag: 'Naar welke zorgverlener ga ik dan?' De overheid stimuleert de patiënt om te kiezen voor de beste zorgverleners en instellingen, vooral door keuze-informatie beschikbaar te stellen op kiesbeter.nl. Deze vraag naar welke zorgverlener te gaan is eenmalig aan de orde bij het kiezen van een huisarts (althans in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem waar iedereen is ingeschreven bij een vaste huisartspraktijk), bij de keuze voor bijvoorbeeld een fysiotherapeut in de eerste lijn en bij het kiezen van een specialist of ziekenhuis, meestal samen met de huisarts als poortwachter voor de tweede lijn. Er is nog niet veel onderzoek gedaan naar het effect van het aan het publiek beschikbaar stellen van kwaliteitsinformatie over instellingen en zorgverleners. Vooralsnog lijkt het niet tot de gewenste effecten te leiden. Consumenten en patiënten lijken hun keuze voor een instelling of arts vooral te baseren op andere bronnen dan de kwaliteitsinformatie, zoals voorafgaande ervaringen en adviezen uit hun omgeving en van de huisarts. Er is een zwak verband tussen het publiek maken van prestaties in de zorg en keuzegedrag van consumenten. De impact die de informatie heeft op het keuzeprocess lijkt vooral af te hangen van keuzemogelijkheden, zoals kosten, afstand en wachttijden.^[8] In Nederland hechten patiënten veel waarde aan het advies van hun

huisarts, in combinatie met eerdere eigen ervaringen of ervaringen van vrienden en familie, en dit advies is bij verwijzing veelal de doorslaggevende factor.

In een studie van Greenfield uit 1988 leidde het voorbereiden van patiënten met diabetes op een actieve rol tijdens het consult, onder andere door inzage in hun eigen dossier voor het consult, uiteindelijk tot lagere bloedglucosewaarden. Patiënten in de interventiegroep stelden zich actief op in de communicatie met de arts en ontvingen tweemaal zoveel informatie van hun arts dan de passievere patiënten in de controlegroep.^[9] Blijkbaar gaan patiënten die meer inbreng in het contact hebben zich ook verantwoordelijker voelen en daardoor de behandeling beter uitvoeren. Een ander voorbeeld is het in kaart brengen van de noden en behoeften van kwetsbare mensen en hun naasten, zoals patiënten met een vergevorderd kankerproces. Bart Osse ontwierp een vragenlijst die de huisarts meegeeft aan een patiënt met terminale kanker en diens naaste, met als doel om in een volgend consult te achterhalen wat de behoeften zijn van de patiënten en de mantelzorgers in de palliatieve zorg.^[10]

3.4.2 TIJDENS HET CONSULT

Het raadplegen van informatie op het web over ziekte en gezondheid heeft ook invloed op de dynamiek tijdens het consult. Een positieve visie is dat hierdoor kennis (is macht) verschuift naar de patiënt, doordat de patiënt meer betrokken is bij de besluitvorming in het consult en zich verantwoordelijker gaat voelen voor zijn of haar eigen gezondheid. Door de mogelijkheden van internet zijn er ook al voorbeelden waarin artsen naast de fysieke contacten in de consulten ook virtuele gesprekken houden, en bouwen aan virtuele communities en sociaal netwerkapplicaties voor zorgverleners, patiënten en consumenten.

Er zijn veel studies gedaan naar het verbeteren van de communicatie tussen artsen en patiënten. Het gaat dan om het aanleren van generieke communicatievaardigheden bij artsen, die de bejegening meer patiëntgericht maken. Hoewel dit soort communicatietrainingen tot de vaste onderdelen van het basiscurriculum in de geneeskunde behoren, blijkt het toch nodig om in de nascholing aan artsen aandacht te blijven besteden aan patiëntgerichtheid in de arts-patiënt-

algemeen geen effect hebben op tevredenheid met de besluitvorming, angst en gezondheidsuitkomsten.^[18] Ook lijken ze een effect te hebben op de doelmatigheid van de zorg, want patiënten die een keuzehulp tot hun beschikking hadden, kozen vaker voor een conservatieve variant of zagen af van die optie in vergelijking met patiënten die dat niet hadden. Dit werd gevonden voor veel electieve chirurgische ingrepen, voor de PSA als screeningstest, voor patiënten met prostaatanker die een minder agressieve vorm van bestraling kiezen en voor IVF-behandeling, waarbij paren vaker kozen voor het terugplaatsen van één embryo dan twee embryo's, ondanks een lagere kans op zwangerschap.

4.4.3 NA HET CONSULT

Voor patiënten met acute klachten of patiënten die een electieve ingreep hebben ondergaan, is de fase na het consult meestal wel overzichtelijk: ze zijn van hun klacht af, gerustgesteld of hebben een advies gekregen voor aanpassing van leefstijl of inname van medicamenten dat ze kort moeten volhouden. Voor patiënten met een chronische ziekte is de fase na het consult van een heel andere orde. Dan begint voor hen het inpassen van de ziekte in het dagelijkse leven. Zelfmanagement van een ziekte is het individuele vermogen om goed om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en leefstijlveranderingen die inherent zijn aan het leven met een chronische aandoening (www.improvingchroniccare.org). Zelfmanagement is dus niet alleen gericht op somatische aspecten, maar ook op psychosociale aspecten van chronisch ziek zijn. Het gaat hierbij om acceptatie, bevorderen van therapietrouw, vergroten van zelfeffectiviteit door oefeningen, mobiliseren en behouden van sociale contacten en steun, behouden van emotionele steun en cognitief/emotioneel management van gevoelens van angst en onzekerheid. De patiënt moet doelen kunnen stellen, een strategie kunnen bepalen en een plan maken, om te kunnen omgaan met emoties en frustraties die toekomstige plannen kunnen oproepen en dwarsbomen.

Mensen met een chronische ziekte staan elke dag voor nieuwe keuzes. Wat kunnen ze wel of niet eten? Wat kunnen ze wel of niet ondernemen? Kunnen ze autorijden bij epilepsie of dia-

betes mellitus? Hoeveel medicijnen willen ze slikken? Hierbij is het ook van belang om inzage te hebben in het eigen elektronisch patiëntendossier. Belangrijke rollen zijn weggelegd voor de patiëntenvereniging, lotgenotencontact, groepsconsulten bij chronisch zieken en adviezen van ervaringsdeskundigen in het omgaan met de ziekte in het dagelijkse leven en in de gezondheidszorg. In de zorg voor psychiatrische patiënten en patiënten met reuma en diabetes mellitus loopt men voorop met het effectief inzetten van ervaringsdeskundigen, die hiervoor speciaal worden opgeleid. Er worden nauwelijks instrumenten gebruikt om te bepalen of een patiënt aan zelfmanagement wil of kan doen. Een voorbeeld van zo'n hulpmiddel is de Self Management Ability Scale (SMAS-30). Zie voor een overzicht van de interventies, instrumenten en methoden die de patiënt of de professional ondersteunen bij zelfmanagement: www.zelfmanagement.com.

Patiënten met een chronische ziekte blijken over het algemeen graag aan zelfmanagement te willen doen, mits ze daartoe gepositioneerd zijn en erbij ondersteund worden. Daarvoor moet worden voldaan aan voorwaarden op patiëntniveau, zoals kennen (informatie op maat), kunnen (educatie, vaardigheden), willen (motivatie), vertrouwen (eigen effectiviteit), doen (instrumenten, interventies ter beschikking hebben, individueel zorgplan met persoonlijke behandeldoelen en zelfzorgdossier) en volhouden (ondersteuning, aanspraakpunt).^[19] Daarnaast moet ook in de omgeving van de patiënt een aantal randvoorwaarden worden gerealiseerd om zelfmanagement optimaal te laten functioneren. E-health is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologie, en dan met name internet-technologieën, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen en te verbeteren. Zo kan een zorgverlener verbinding leggen met een patiënt door telemonitoring, anamnese op afstand en door inzage in het medisch dossier. Voor zelfmanagement zijn ook andere e-health-diensten nodig, zoals een verbinding van de patiënt met de dokter om de meetwaarden van zelfmetingen zelf in te voeren in het elektronisch patiëntendossier en het e-consult. Uiteraard zijn de verbindingen van patiënten onderling in sociale netwerken van groot belang, zoals Hyves, wiki's en speciale fora. Misschien wel belangrijker is de benodigde cul-

tuuromslag: de zorgverlener als coach, de patiënt als medebehandelaar.

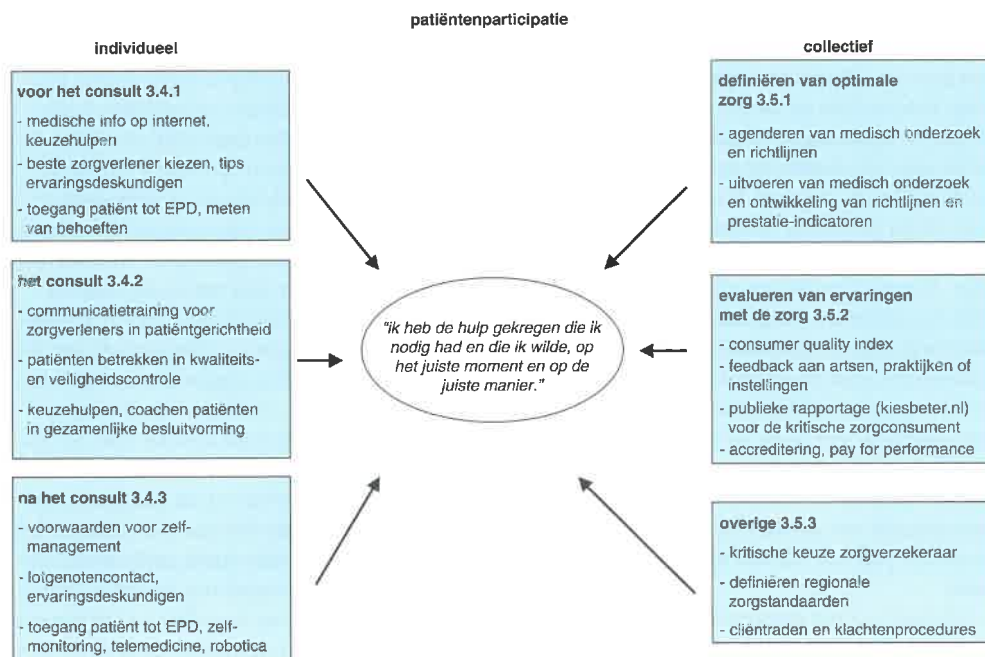
Het aantal chronisch zieken zal nog verder stijgen. Vanuit financiële motieven wordt zelfmanagement gezien als een noodzakelijk kwaad, nodig vanwege de schaarse zorg. Zelfmanagement moet uiteraard altijd plaatsvinden op basis van vrijwilligheid. Er zijn ook kritische geluiden over zelfmanagement te beluisteren. Volgens Annemarie Mol berusten 'patient empowerment' en zelfmanagement (deels) op een illusie. Zij betoogt dat zelfmanagement niet zomaar kan leiden tot het beheersen en controleren van een ziek lichaam. Ook stelt zij dat we patiënten niet eindeloos kunnen 'empoweren', dat het omgaan met een chronische ziekte veel verder gaat dan het maken van weldoordachte keuzes door patiënten en een individueel zorgplan met persoonlijke behandeldoelen. 'Het zou mooi zijn als het zo simpel was dat een weldoordachte beslissing, gemaakt op een cruciaal moment in een consult samen met een zorgverlener, alles is wat nodig zou zijn om een lichaam dat lijdt onder een chronische aandoening onder controle te houden. Maar in het dagelijkse leven zijn er altijd verrassingen.'^[20]

3.5 Vormen van collectieve patiëntenparticipatie

Naast individuele patiëntenparticipatie is het ook mogelijk dat groepen patiënten door zogenaamde *collectieve patiëntenparticipatie* bijdragen aan patiëntgerichtheid van de zorg (figuur 3.1). Bij collectieve patiëntenparticipatie gaat het erom de normen, waarden, behoeften en voorkeuren van groepen patiënten te leren kennen en daarmee rekening te houden. Patiënten kunnen op verschillende manieren tot een groep behoren. Het kan gaan om patiënten die een chronische aandoening (diabetes mellitus) of een risicofactor op een ziekte (genetische afwijking) als gemene deler hebben en die zijn georganiseerd in categorale patiëntenorganisaties. Het kan ook gaan om patiënten die tot één praktijk behoren of opgenomen zijn in hetzelfde ziekenhuis. Of om werknemers van een bedrijf die gezamenlijk een collectieve ziektekostenverzekering hebben afgesloten.

3.5.1 HET DEFINIËREN VAN OPTIMALE ZORG

Collectieve patiëntenparticipatie is aangewezen bij het definiëren van goede thema's voor medisch



Figuur 3.1 Verschillende vormen van individuele en collectieve patiëntenparticipatie.

wetenschappelijk onderzoek en het definiëren van goede kwaliteit van zorg (*optimale zorg*). Zorg van goede kwaliteit is op de eerste plaats effectief, veilig en doelmatig en gebaseerd op hoogwaardig evaluatieonderzoek naar effecten en kosten van medische interventies in representatieve populaties, of op klinische praktijkrichtlijnen waarin het evaluatieonderzoek wordt samengevat, geïnterpreteerd en vertaald. Maar wanneer vinden we iets effectief, veilig en doelmatig? Effectiviteit en doelmatigheid moeten niet alleen bepaald worden door het medische perspectief, maar ook door het perspectief van patiënten. Dit kan bereikt worden door bij het bepalen van effectiviteit en doelmatigheid al rekening te houden met collectieve normen en waarden van patiënten.

Agenderen van medisch onderzoek en richtlijnen

Alle belangrijke 'stakeholders' (belanghebbenden), en dus ook patiënten of patiëntvertegenwoordigers, bepalen gezamenlijk de thema's (de onderzoeksagenda) van het evaluatieonderzoek naar effecten en kosten van medische interventies en van klinische praktijkrichtlijnen. Idealiter zijn patiënten of patiëntvertegenwoordigers dan ook actief betrokken bij het medisch onderzoek en bij het agenderen van klinische praktijkrichtlijnen. Het voorbeeld over reumaonderzoek (zie kader) toont aan dat patiëntenparticipatie een duidelijke impact kan hebben bij het bepalen van de onderzoeksagenda en het creëren van de evidence. Ook in Nederland bestaan al ervaringen met zeggenschap van patiënten in de wetenschap.^[21]

Patiëntgerichte zorg: een voorbeeld van collectieve patiëntenparticipatie^[22]

Tijdens de jaarlijkse congressen van de reumatologen worden afspraken gemaakt over de uitkomsten die in alle studies met reumapatiënten minimaal zouden moeten worden gemeten en ook met welke meetinstrumenten dit moet gebeuren. Reumapatiënten of patiëntvertegenwoordigers nemen actief deel aan deze congressen. Door de inbreng van de patiënten in zogenaamde Patient Perspective Workshops werd een aantal jaren geleden moeheid genoemd als belangrijk symptoom van reuma. Vervolgens werd hieraan een speciale workshop gewijd met in totaal 80 deel-

nemers, waaronder 20 patiënten uit 10 verschillende landen. De conclusie was dat moeheid inderdaad een belangrijk symptoom is vanuit het perspectief van de patiënten; het wordt vaak gerapporteerd door patiënten, het is vaak ernstig van aard, het kan door middel van valide meetinstrumenten worden bepaald en het lijkt te reageren op bepaalde interventies. Hierna werd plenair door het congres vastgesteld dat moeheid als vaste uitkomstmaat moet worden meegenomen in toekomstige studies met reumapatiënten. Hierover is, samen met patiënten als coauteurs, bericht in het vakblad van de reumatologen.

Ook zijn er voorbeelden dat patiënten geschoold worden in de basisprincipes van wetenschappelijk onderzoek, zodat zij beter voorbereid zijn om over de agendering van onderzoek en richtlijnen met zorgverleners en medisch onderzoekers te discussiëren. Het gaat hierbij om empowerment door middel van cursussen voor patiënten of patiëntvertegenwoordigers in 'critical appraisal of evidence'.^[23] Zo wordt in de VS een vijfdaagse cursus gegeven aan patiënten met borstkanker die een actieve rol willen spelen in het beleid ten aanzien van onderzoek naar borstkanker en zorg voor borstkankerpatiënten. De cursus wordt door de vereniging van borstkankerpatiënten gratis aangeboden, evenals reisbeurzen om de kosten van bezoeken aan de cursuslocatie te dekken. De evaluatie laat zien dat de deelnemers groeien in zelfvertrouwen en 'critical appraisal skills'.

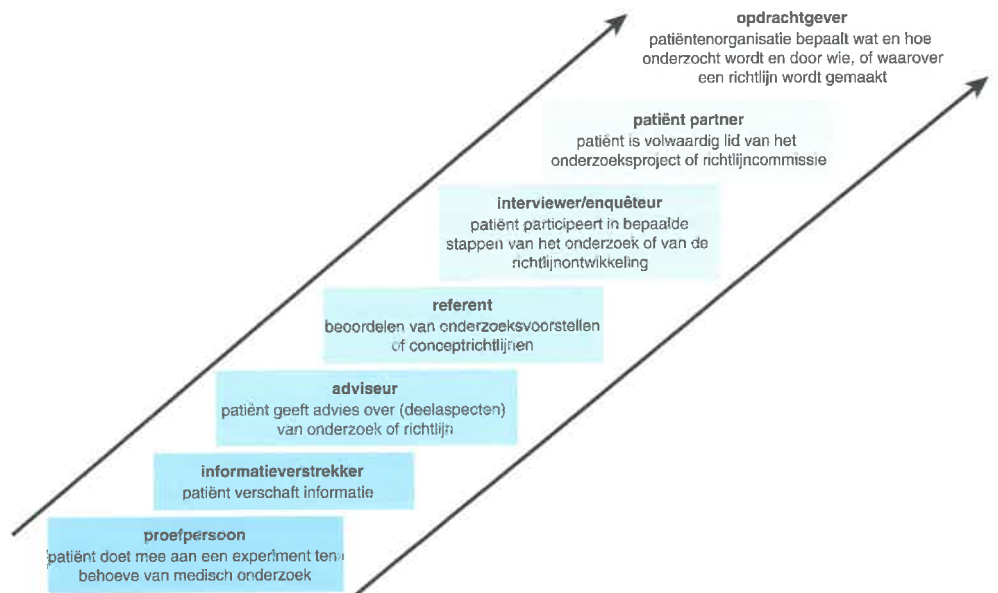
Uitvoeren van medisch onderzoek en ontwikkelen van klinische praktijkrichtlijnen en prestatie-indicatoren

In Nederland is er een *Handboek Patiëntenparticipatie in wetenschappelijk onderzoek* van onder andere VSOP, NFK en ZonMw (zie www.zonmw.nl). Het is niet duidelijk wat effectieve methoden zijn om patiëntenparticipatie in richtlijnontwikkeling vorm te geven. Op dat gebied zijn eenvoudigweg nog nauwelijks proces- en impactevaluaties gedaan. Te gemakkelijk wordt ervan uitgegaan dat patiëntgerichtheid gewaarborgd is door het uitnodigen van een of twee willekeurige patiënten in de richtlijncommissie. Patiëntenparticipatie is zeer belangrijk als de deelnemende patiëntvertegenwoordigers kunnen praten vanuit een bredere

scoop voor de gemiddelde patiëntengroep. De meerwaarde van patiëntenorganisaties is juist dat ze collectieve patiëntervaringen kunnen vertalen naar een gewogen patiëntenoordeel, belangenbehartiging vanuit patiëntenperspectief en niet vanuit een of meer individuele ervaringen. Veel richtlijnontwikkelaars hebben programma's voor patiëntenparticipatie beschreven waarbij deze deelname kan variëren van volwaardige participatie (de patiënt is volwaardig lid van de richtlijncommissie) tot consultatie (de patiënt geeft advies over de conceptrichtlijn) en soms slechts communicatie (de patiënt krijgt, als de richtlijn eenmaal klaar is, een patiëntenversie van de richtlijn). De participatieladder in figuur 3.2 geeft de niveaus van collectieve patiëntenparticipatie weer. Op het laagste niveau is de patiënt volkomen passief, bijvoorbeeld als proefpersoon in een experiment nadat hij hierover is geïnformeerd en hierin heeft toegestemd (informed consent). Op het hoogste niveau is de patiënt of het patiënten-

collectief (de patiëntenvereniging) degene die de agenda bepaalt.

Sommige richtlijnorganisaties gebruiken structurele methoden voor patiëntenparticipatie, inclusief het trainen en coachen van de patiëntvertegenwoordigers. De huidige programma's zijn bedoeld om de kwaliteit van de richtlijnen en de gevoeligheid voor belangen en verwachtingen van patiënten te waarborgen, of als een manier om individuele keuzes in de zorg te bevorderen. Patiënten kunnen in verschillende fasen van richtlijnontwikkeling participeren; bij het vaststellen van de uitgangsvragen, het kritisch beschouwen van de evidence, het formuleren van de aanbevelingen en bij het ontwikkelen van aanhangende producten, zoals een patiëntenversie van de richtlijn of een keuzehulp voor een specifieke beslisknoop in de richtlijn. De doelen van de patiëntenparticipatieprogramma's zijn vooralsnog vaag en impliciet geformuleerd, waardoor succes en falen moeilijk kunnen worden vastgesteld. Tussen het collectieve en individuele per-



Figuur 3.2 De participatieladder.^[21]

spectief kan spanning bestaan: moeten de patiëntvertegenwoordigers een collectief of juist hun eigen individuele perspectief inbrengen? Uitdagingen liggen in het werven (representatieve vertegenwoordigers vanuit alle subgroepen?), trainen en ondersteunen van de vertegenwoordigers. De training kan gaan over critical appraisal skills, maar ook over de methodiek van richtlijnontwikkeling in het algemeen of over manieren om terug te rapporteren naar de achterban. De NPCF heeft samen met het CBO de Handleiding Richtlijnontwikkeling samengesteld voor patiëntenparticipatie bij richtlijnen (zie www.npcf.nl). Beide organisaties geven ook regelmatig trainingen aan patiëntvertegenwoordigers. Het is van groot belang om patiënten tijdig te betrekken, bijvoorbeeld door een focusgroep bij aanvang om de uitgangsvragen voor de richtlijn vast te stellen. Verder moet eventuele belangenverstrengeling helder zijn (denk aan relaties met commerciële partijen zoals farmaceutische industrieën), moeten altijd meerdere patiënten betrokken worden (een maatje) en moeten patiëntenverenigingen schriftelijk of web-based geconsulteerd worden. In 2007 is binnen het Guideline International Network (GIN), de internationale organisatie waarin de grote nationale richtlijnontwikkelaars georganiseerd zijn, een werkgroep opgericht waar dit verder wordt onderzocht (www.ginpublic.net).

In het rapport Richtlijn voor de Richtlijnen van de Regieraad Kwaliteit van Zorg is patiëntenparticipatie bovendien als voorwaarde opgenomen om als richtlijn aangemerkt te kunnen worden.

3.5.2 EVALUEREN VAN ERVARINGEN VAN GROEPEN PATIËNTEN

Collectieve patiëntenparticipatie is ook aangewezen bij het evalueren van de zorg zoals die wordt gegeven (*werkelijke zorg*). Het systematisch monitoren van objectieve ervaringen van groepen patiënten met de processen van zorg en deze af te zetten tegen de richtlijnen voor de klinische praktijk, geeft inzicht in de mate waarin de zorg wordt aangeboden zoals aanbevolen in de richtlijnen (*werkelijke zorg versus optimale zorg*). Transparantie over de kwaliteit van zorg heeft een grote vlucht genomen. In Nederland stimuleert de overheid sinds het begin van deze eeuw de publieke rapportage van onderling vergelijkbare

prestatiescores van zorgorganisaties. Op kiesbeter.nl zijn gegevens per ziekenhuis beschikbaar over klinische prestatie-indicatoren die gemeten worden op last van de Inspectie van de Gezondheidszorg. Op kiesbeter.nl wordt ook de link naar de zwarte lijst van zogenaamde doorhalingen door het tuchtcollege van medische professionals op de BIG-lijst gepubliceerd. Hiermee hoopt de overheid dat zorgconsumenten de artsen op deze zwarte lijst gaan mijden.

Op www.zichtbarezorg.nl zijn de omschrijvingen van de zorginhoudelijke indicatoren te vinden, die vooral gericht zijn op effectiviteit en veiligheid. De indicatoren zijn verbonden aan medische richtlijnen en worden ontwikkeld door indicatorwerkgroepen, bestaande uit medisch specialisten en vertegenwoordigers namens verzekeraars, verpleegkundigen en patiëntenverenigingen. Zorg van goede kwaliteit is niet alleen effectief, doelmatig en veilig, maar is ook tijdig en goed toegankelijk, met een klantvriendelijke service en een respectvolle bejegening van het individu. Het is dus van belang om ook naar de objectieve en subjectieve ervaringen van patiënten met de zorg ten aanzien van deze aspecten te vragen. Deze ervaringen geven inzicht in de sterke en zwakke punten in patiëntgerichtheid van een organisatie, een team of een individuele zorgverlener.

Een door de overheid (VWS) gesteunde beweging voor evaluatie van patiëntervaringen is het Centrum Klantervaring Zorg (www.centrumklantervaringzorg.nl), dat erop toeziet dat ervaringen van consumenten met de zorg op een betrouwbare, eenduidige manier worden gemeten en openbaar gemaakt, zodanig dat het mogelijk is om zorginstellingen met elkaar te vergelijken. Dit is mogelijk dankzij systematische toepassing van een algemene meetstandaard, de CQ-index (Consumer Quality Index). Met de CQ-index is het mogelijk om op gestandaardiseerde wijze de kwaliteit van de zorg vanuit patiëntenperspectief in kaart te brengen.^[24] De patiënten krijgen schriftelijk of via internet vragenlijsten voorgelegd of zij worden geïnterviewd. De antwoorden geven inzicht in twee dingen: wat zijn de ervaringen van patiënten met de zorg en wat vinden patiënten belangrijk? Metingen met de CQ-index leveren input voor de website www.kiesbeter.nl, aanvullend aan de gegevens over prestatie-indi-

3

catoren zoals gemeten door de Inspectie (zie kader).

Beschikbare Consumer Quality Index-instrumenten, geregistreerd per april 2010

- diabetes
- fysiotherapie
- heup- en knieoperaties
- huisartsenzorg overdag
- hulp bij het huishouden
- jeugdgezondheidszorg
- kortdurende ambulante GGZ en verslavingszorg
- mammacare
- palliatieve zorg
- reumatoïde artritis
- rughernia
- spataderzorg
- staaroperaties
- verpleging, verzorging en thuiszorg
- ziekenhuisopname

Het Centrum Klantervaring Zorg voert zelf geen metingen uit. De opdrachtgevers voor deze onderzoeken zijn namelijk zorgaanbieders en verzekeraars, terwijl geaccrediteerde onderzoeks bureaus de metingen uitvoeren. Het centrum toetst alleen of de toepassing van de meetinstrumenten, het meetproces, de bewerking van de data en de openbaarmaking van de resultaten voldoen aan de standaard. Er zijn belangrijke aandachtspunten en valkuilen. Zo moet nagedacht worden over het beste moment om patiënten te kunnen bevragen. Niet te snel in het ziekteproces, want dan is het te belastend en kunnen ze wellicht triviale irritaties nog niet onderscheiden van belangrijke negatieve ervaringen. Ook zijn dan de positieve effecten nog niet voldoende ingetreden. Maar het moet ook niet te laat gebeuren, want dan wordt het lastiger om zich de negatieve ervaringen aan het begin van het ziekteproces te herinneren. Bij patiënten met chronische ziekten moet niet een keer, maar voortdurend gemonitord worden.

Het monitoren van patiëntervaringen kan voor verschillende doelen worden ingezet.

– *Formatief*

Zorgverleners of organisaties kunnen leren van hun eigen sterke en zwakke punten door

educatieve feedback of van elkaars sterke en zwakke punten door intercollegiale toetsing. De gegevens van de ervaringen van patiënten kunnen ook openbaar gemaakt worden, zodat patiënten worden gestimuleerd om in gevallen van niet-spoedeisende zorg te kiezen voor de beste zorgverleners of praktijken of instellingen. Deze gegevens staan op kiesbeter.nl. Daarnaast heeft de NPCF het initiatief genomen, om de website ZorgkaartNederland.nl van de grond te tillen. Alle artsen in Nederland staan hier geregistreerd, en alle patiënten van deze artsen kunnen inloggen om hun arts anoniem een rapportcijfer te geven en eventueel van commentaar te voorzien. Een onafhankelijk redactiepanel censureert op eventuele scheldkanonnades.

– *Summatief*

De patiëntervaringen kunnen ook gebruikt worden voor accreditatie, certificering of het (extra) belonen van professionals op basis van de kwaliteit van zorg zoals die door hen geleverd wordt (pay for performance).^[3] Vanuit de patiëntenbeweging komen ook initiatieven om de geleverde kwaliteit van zorgverleners te beoordelen met een keurmerk dat door de patiëntenvereniging is samengesteld, zoals het 'Vaaturkeurmerk', 'Door Cliënten Bekeken' of de 'Borstkankermonitor'.

3.5.3 OVERIGE VORMEN VAN COLLECTIEVE PARTICIPATIE

Naast grootschalige patiëntenquêtes zijn er nog andere manieren om de werkelijke zorg te laten beïnvloeden door collectieve patiëntenparticipatie. Patiënten zijn vrij om te kiezen voor een zorgverzekeraar en kunnen zo door marktwerking het zorgaanbod beïnvloeden ('stemmen met de voeten'). De overheid wil marktwerking in de zorg bevorderen, onder andere door de consumment te laten kiezen voor de zorgverzekeraar. In de Zorgverzekeringswet (ZVW), die sinds 2006 bestaat, is bepaald dat iedere Nederlander zelf een zorgverzekeraar moet kiezen en dat verzekeraars niemand mogen weigeren. Zo hoopt de overheid dat de inkoop van goede zorg door de verzekeraars wordt beïnvloed, uitgaande van de assumptie dat consumenten goed in staat zijn om te kiezen voor kwalitatief goede zorg (en dus de juiste balans kunnen kiezen tussen hoogte van de pre-

mie en de inhoud van het aanvullende verzekeringspakket). De Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) schrijft voor dat zorgverleners en zorgverzekeraars verplicht zijn om zorgconsumenten te informeren over hun service en producten. In de praktijk blijken zorgverzekeraars nog amper in te kopen op kwaliteit, waardoor de beïnvloeding van het zorgaanbod nauwelijks van de grond komt.

Collectieve participatie kan ook op regionaal niveau toegepast worden door patiëntenparticipatie in het definiëren van regionale zorgstandaarden, klinische paden en bij het maken van afspraken voor integrale bekostiging. Patiënten of patiëntvertegenwoordigers kunnen de organisatie van de lokale zorg beïnvloeden door patiëntenparticipatie in de vorm van cliëntraden in algemene ziekenhuizen en verpleeghuizen, maar ook door klachtenprocedures in gang te zetten, een mogelijkheid die al langer bestaat in ziekenhuizen en instellingen. In de organisaties voor eerstelijnszorg zijn ook al cliëntraden opgericht, zoals gebundelde huisartspraktijken of zorggroepen, waar patiënten kunnen meedenken over de organisatie van de lokale zorg, zoals op het gebied van personele werving en nieuwbouw. Een ander voorbeeld is het kwaliteitstraject 'Door Cliënten Bekeken' van de NPCF, waarin de dialoog gezocht wordt tussen cliënt en zorgaanbieder om de kwaliteit van het aanbod te verbeteren. Na trajecten gericht op apotheken en eerstelijns gezondheidscentra, is in 2010 gestart met een traject voor oefentherapeuten.

3.6 Uitdagingen voor de toekomst

De vormen van patiëntgerichte zorg kunnen niet altijd ingevoerd worden zonder vernieuwing van de organisatie of zonder geavanceerde ICT-toepassingen. Shaller beschrijft 7 aandachtspunten voor het bereiken van patiëntgerichte zorg op het niveau van de organisatie: 1) ondersteuning van de top, leiderschap; 2) strategische visie duidelijk en continu communiceren naar iedere medewerker; 3) betrokkenheid van patiënten en hun families op diverse niveaus; 4) een ondersteunende omgeving voor alle medewerkers; 5) systematische metingen en feedback; 6) kwaliteit van de fysieke omgeving (architectuur en design); 7) in-

formatie technologie.^[25] Helaas is de technologie nog niet altijd uitontwikkeld en gaan organisatieveranderingen langzaam. Voor individuele artsen is er op korte termijn wel degelijk vooruitgang te boeken in de individuele patiëntenparticipatie. Er ligt dus een grote taak voor de medische professionals om in de dagelijkse omgang met patiënten de zorg zo patiëntgericht mogelijk te leveren. Daarbij moeten we in het oog houden dat de zorgverleners ook tot hun recht moeten blijven komen. We moeten dus niet toe naar een volledig en uitsluitend patiëntgerichte zorg die voor de zorgverleners uitputtend is.

Effectieve implementatie van patiëntgerichte zorg biedt nog een aantal uitdagingen. Zo is er het vraagstuk van diversiteit en representativiteit bij collectieve patiëntenparticipatie. Protoprofessionalisering van patiënten of patiëntvertegenwoordigers vormt daarbij een valkuil; mogelijk kent participatie bijwerkingen als 'inkapseling' en verlies van eigen karakter. Ook moeten we, net als bij medische professionals, waakzaam zijn voor de beïnvloeding van patiënten en patiëntvertegenwoordigers door commerciële partijen.

Een tweede uitdaging ligt in de schaarse middelen. Aan veel van de in dit hoofdstuk beschreven strategieën voor patiëntenparticipatie hangt een prijskaartje en daarom moeten we ons beperken tot de meest effectieve strategieën. Maar de vraag is dan hoe we het beste kunnen bepalen wat effectieve patiëntgerichte strategieën zijn. Wat zijn dan de belangrijke uitkomstmaten voor de patiënt?

Een derde uitdaging is de aandacht voor kwetsbare patiënten. Naast het feit dat patiëntgerichte zorg inzet vraagt van de medische professional, vragen veel van de in dit hoofdstuk beschreven strategieën ook inzet van patiënten en consumenten, met het gevaar dat verschillen tussen hoger en lager opgeleide patiënten hierdoor worden vergroot. Hoe kunnen we kwetsbare patiënten dan hierin ondersteunen? Er moet meer aandacht komen voor ernstig zieken, kwetsbare ouderen en laaggeschoolde groepen om tweedeling te voorkomen. In de literatuur wordt het begrip 'health literacy' gebruikt om aan te geven dat we patiënten moeten ondersteunen in het lezen en begrijpen van, maar ook handelen naar, medische en gezondheidsinformatie.

Kernpunten

- Bij patiëntenparticipatie moeten patiënten niet alleen als bron van ervaringskennis worden gezien, maar ook als partner van kennis.
- We onderscheiden individuele participatie in de zorg in en rondom het consult en collectieve participatie van patiënten in het inrichten van de zorg.
- Voorlichting op maat (educatie), training van patiënten en gezamenlijke besluitvorming zijn belangrijke aspecten van patiëntgerichte zorg.
- Patiëntenverenigingen kunnen een rol vervullen in het agenderen en prioriteren van belangrijke onderwerpen.
- Patiëntgerichte zorg is, omdat het de hele organisatie betreft, niet eenvoudig te organiseren.
- Effectieve implementatie is een langdurig proces en vraagt om een cultuurverandering van zowel medische als ondersteunende professionals alsmede de patiënt.
- Er is meer onderzoek nodig naar effectieve implementatiestrategieën, waaronder de inzet van informatie- en communicatietechnologie.

Literatuur

- 1 Domenighetti G, Luraschi P, Casabianca A, et al. Effect of information campaign by the mass media on hysterectomy rates. *Lancet* 1988;1470-3.
- 2 Preference Collaborative Review Group. Patients' preferences within randomised trials: systematic review and patient level meta-analysis. *BMJ* 2008; 337:11864.
- 3 Elwyn G, Buetow S, Hibbard J, Wensing M. Respecting the subjective: quality measurement from the patient's perspective. *BMJ* 2007;335:1021-2.
- 4 Black N, Jenkinson C. Measuring patients' experiences and outcomes. *BMJ* 2009;339:b2495.
- 5 Berwick DM. What 'Patient-centered' should mean: confessions of an extremist. *Health Aff* 2009;w555-65.
- 6 Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51:1087-110.
- 7 Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating and involving patients. *BMJ* 2007;335:24-7.
- 8 Faber M, Bosch M, Wollersheim H, Leatherman S, Grol R. Public reporting in health care: how do consumers use quality-of-care information? A systematic review. *Med Care* 2009;47:1-8.
- 9 Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE, Yano EM, Frank HJ. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *J Gen Intern Med* 1988;3:448-57.
- 10 Osse B. Needs-assessment in palliative care. Development of instruments for clinical practice. Thesis Nijmegen: UMC St Radboud, 2006.
- 11 Wit F de, Mul M, Bal R. Spiegelbijkomsten leveren zorgverleners nuttige feedback. *Leren van patiënten*. *Medisch Contact* 2008;63:990-3.
- 12 Wensing M, Wetzels R, Hermsen J, Baker R. Do elderly patients feel more enabled if they had been actively involved in primary care consultations? *Pat Educ Couns* 2007;68:265-9.
- 13 Zolnierak KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med.Care* 2009;47:826-34.
- 14 Tol-Geerdink JJ van, Leer JW, Lin EN van, Schimmel EC, Huizenga H, Daal WA van, Stalmeier PF. Offering a treatment choice in the irradiation of prostate cancer leads to better informed and more active patients, without harm to well-being. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2008;70:442-8.
- 15 Molenaar S, Sprangers MAG, Rutgers EJTh, Luiten EJT, Mulder J, Bossuyt PMM, et al. Decision support for patients with early-stage breast cancer: effects of an interactive breast cancer CDROM on treatment decision, satisfaction, and quality of life. *J Clin Oncol* 2001;19:1767-87.
- 16 Elwyn G, O'Connor A, Stacey D, Volk R, Edwards A, Coulter A, et al. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. *BMJ* 2006;333:417.
- 17 Koelewijn-van Loon MS, Weijden T van der, Steenkiste B van, Ronda G, Winkens B, Severens JL, et al. Involving patients in cardiovascular risk management using nurse-led clinics: a cluster-randomised controlled trial in primary care. *Can Med Ass J* 2009; 181:E267-74.
- 18 O'Connor AM, Bennett CL, Stacey D, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3): CD001431.
- 19 Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NCPF). *Visiedocument Zelfmanagement 2.0. Over zelfmanagement van de patiënt en wat eHealth daaraan kan bijdragen*. Utrecht, 2009.
- 20 Mol A. Living with diabetes: care beyond choice and control. *Lancet* 2009;373:1756-7.
- 21 Abma T, Broerse J. *Zeggenschap in wetenschap. Patiëntenparticipatie in theorie en praktijk*. Den Haag: Lemma, 2007.

- 22 Kirwan JR, Minnock P, Adebajo A, Bresnihan B, Choy E, Wit M de, et al. Patient perspective: fatigue as a recommended patient centered outcome measure in RA. *J Rheumatol* 2007;34:5.
- 23 Dickersin K, Braun L, Mead M, Millikan R, Wu AM, Pietenpol J, et al. Development and implementation of a science training course for breast cancer activists: Project LEAD (leadership, education and advocacy development). *Health Expect* 2001;4:213-20.
- 24 Delnoij D, Hendriks M. De CQ-Index: het meten van klantervaringen in de zorg. *Tijdschr Gezondheids-wet* 2008;86:440-6.
- 25 Shaller D. Patient-centered care: what does it take? www.commonwealthfund.org. 2007.
- www.improvingchroniccare.org. Achtergronden en inhoud van het Chronic Care Model.
- www.zelfmanagement.com. Website gehost door NPCF en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
- www.investinengagement.info. Website van het Picker Institute Europe met een overzicht van interventies voor patiëntenparticipatie en de effectiviteit van die interventies.
- www.gezondheidszorgbalans.nl. Informatie over toegankelijkheid van zorg.
- www.zichtbarezorg.nl. Website van de overheid met een overzicht van de prestatie-indicatoren voor de zorg.
- www.kiesbeter.nl. De patiëntenportal van de overheid.
- www.npcf.nl. Website van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie.
- www.zorgkaartnederland.nl. Website gehost door NPCF, Bohn Stafleu van Loghum en Zilveren Kruis/Achmea met 'rapportcijfers' voor artsen.
- www.mijnzorgveilig.nl. Een site voor patiëntveiligheidskaarten, onderhouden door NPCF.

Websites

www.centrumklantervaringzorg.nl. Website van het Centrum Klantervaring in de Zorg, de instantie die de CQ-index heeft ontwikkeld.

Organisatie van zorg

R. Huijsman

4

Samenvatting

Kwaliteit van zorg ontstaat niet alleen door goed professioneel handelen van de individuele hulpverlener, maar ook door goed organiseren binnen en tussen (onderdelen van) zorginstellingen en op het nationale niveau van stelsels en wet- en regelgeving. Daarom biedt dit hoofdstuk handvatten om de structuur en organisatie van de gezondheidszorg te begrijpen. Allereerst wordt een overzicht gegeven van verschillende schema's om de voorzieningen in de gezondheidszorg te ordenen en zo ook een basis te bieden voor beleid, wet- en regelgeving en financiering. Vervolgens komen we op het niveau van de zorgorganisaties zelf en bespreken we het strategisch, tactisch en operationeel management, onder meer tot uiting komend in systemen voor kwaliteitsbeheersing, medezeggenschap en de cyclus van planning en control. Als we de organisatieprincipes binnen een organisatie begrijpen, kan vervolgens de slag worden gemaakt naar samenwerking tussen organisaties. Immers, de patiënt heeft vaak meerdere hulpverleners uit verschillende schakels van de keten of het netwerk nodig om herstel van ziekte of behoud van functioneren te bereiken. Zeker als het een oudere patiënt of chronisch zieke aangaat. De zorgstandaard is een van de manieren om te komen tot samenhangende ketenafspraken. Daar ontstaan ten slotte ook nieuwe lijnen voor de horizontale en verticale verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen allerlei disciplines.

Leerdoelen

Na bestudering van dit hoofdstuk is de lezer in staat:

- te begrijpen dat kwaliteit van zorg wordt beïnvloed door vele (f)actoren op systeem- en mesoniveau;
- inzicht te verkrijgen in de structuur van de Nederlandse gezondheidszorg;
- de belangrijkste organisatieprincipes te benoemen;
- de essentie van de verschillende kwaliteitswetten te verwoorden;
- de rol van kwaliteitssystemen binnen organisaties te beschrijven;
- de noodzaak van samenwerking tussen professionals, managers en ondersteuners inzichtelijk te maken;
- aan te geven waarom processen van samenwerking en afstemming nodig zijn voor het leveren van goede zorg.

4.1 Het Nederlandse gezondheidszorgsysteem

4.1-1 DE VEELZIJDIGE ZORG

Kwaliteit wordt niet alleen gerealiseerd in de dagelijkse uitvoering van zorg- en dienstverlening, maar ook beïnvloed op tal van andere niveaus. Op organisatieniveau moeten de juiste middelen en structuren aanwezig zijn, met competente en goed samenwerkende collega's van allerlei kunnen en disciplines. Tussen organisaties is goede afstemming en coördinatie nodig om goede zorg voor en na het ziekenhuistraject ofwel ketenzorg voor patiënten te realiseren. Dat vergt ook adequate financiering, vanuit velerlei deelsystemen met zorgverzekeraars, toezichthouders en overheidsorganisaties op lokaal, regionaal en (inter)nationaal niveau. Dit alles heeft in de dagelijkse praktijk directe of indirecte invloed op allerlei

aspecten van kwaliteit van zorg. Kwaliteit is een kwestie van organiseren op veel niveaus.

Het gezondheidszorgsysteem in Nederland is opgebouwd uit vele onderdelen. Er werken circa 8000 huisartsen, 12.000 medisch specialisten, 23.000 verpleegkundigen, 30.000 paramedici en verzorgenden in zo'n 100 ziekenhuizen, 1700 verzorgings- en verpleeghuizen, 250 thuiszorgorganisaties en ga zo maar door. Dat is bijna niet samen te vatten, maar in dit hoofdstuk maken we kennis met de organisatie en inrichting van de Nederlandse gezondheidszorg. Hoe ziet het stelsel er op nationaal niveau uit, welke ordening valt daarin te onderkennen, hoe zien de financiering en het beleid eruit, wat zijn de belangrijkste wetten en regels en wat is de relatie tussen deze aspecten en kwaliteit en veiligheid?

4.1.2 DE VERSCHILLENDE DEELSECTOREN

De vele voorzieningen zijn op verschillende manieren te ordenen.^[1] Een van die manieren is het onderscheid naar de plaats waar de zorg wordt gegeven, binnen of buiten de muren (Latijn: mura) van een instelling. Zo komen we tot een onderverdeling in extramurale, intramurale, semimurale of zelfs transmurale zorg, maar ook klinische of poliklinische zorg en residentiële, semiresidentiële of ambulante zorg. Een andere belangrijke indeling van zorggebieden is die naar preventie, cure en care. Weer een ander ordeningsprincipe is naar doelgroep, waarmee voorzieningen worden ingedeeld naar ziektebeeld, risicogroep en bevolkingsgroep. Denk aan een astmacentrum, vrouwengezondheidscentrum of kinderziekenhuis. Zo'n categoriale opbouw is echter nog niet algemeen gangbaar geworden in Nederland, mede omdat vooral wordt gestuurd op algemeen toegankelijke voorzieningen voor de gehele bevolking. Wel bestaan er speciale geneeskundige circuits voor alcoholisten en drugsverslaafden, voor kinderen (jeugdzorg) en voor dak- en thuislozen (speciale probleemgroepen).

Sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw spreken we van zogenaamde echelons of later 'lijnen'. Echelonnering is een beleidsmatig ordeningsprincipe dat uitgaat van de gedachte dat het gezondheidszorgsysteem is opgebouwd uit een aantal subsystemen met een aantal karakteristieken en onderlinge verbindingen op basis van selectie en verwijzing. Zo ontstaat er een soort hiër-

archie tussen de echelons waardoor de patiënt een getrapte volgorde van voorzieningen doorloopt naarmate de probleemsituatie ernstiger is.^[1] Van niet-gespecialiseerde algemene voorzieningen in het eerste echelon (bijvoorbeeld de huisarts) naar gespecialiseerde voorzieningen in het tweede echelon (algemeen ziekenhuis) tot gespecialiseerde zorg in het derde echelon (bijvoorbeeld een academisch centrum voor oncologie). De mate van specialisatie is dan een karakteristiek die het onderscheid tussen echelons maakt, maar daarnaast zijn andere karakteristieken de mate van toegankelijkheid (vrij of via verwijzing), de locatie of afstand ten opzichte van de doelgroep en de wijze van verstrekking van de zorg (ambulant of klinisch, extra- of intramuraal). Zo ontstaat een gesloten circuit van twee of meer echelons die de patiënt op elkaar aansluitende voorzieningen moet bieden, afgestemd op de veranderende zorgvraag in het verloop van een zorgverleningproces. De ouderenzorg is daarvan een mooi voorbeeld (zie kader).

Ouderenzorg als circuit

Ouderen die zorgbehoevend worden, starten in de eerste lijn, waartoe huisartsenzorg en thuiszorg behoren. Als de zorg wat zwaarder wordt maar nog thuis gegeven kan worden, zijn er mogelijkheden van dagverzorging of dagbehandeling gedurende een aantal dagen per week of respijtzorg ter ontlasting van de mantelzorg, maar als de situatie thuis niet langer houdbaar is, kan opname in een verzorgings- of uiteindelijk een verpleeghuis nodig zijn. Daar is dan weer specialisatie mogelijk naar bijvoorbeeld psychogeriatricie voor ernstig dementerende ouderen of somatiek voor meervoudige lichamelijke ziektebeelden. Ook de gehandicaptenzorg kende echelonnering lange tijd als ordeningsprincipe, maar door vermaatschappelijking ('terugkeer naar de samenleving') is een veel genuanceerder palet aan voorzieningen ontstaan met allerlei tussenvormen van beschermd wonen, werken en zorg.

Ieder ordeningschema creëert enige orde in de complexiteit van het voorzieningenaanbod, maar is ook een simplificering van de werkelijkheid en

daardoor beperkt houdbaar. Ordening is wel degelijk nodig om patiënten en hulpverleners houvast te geven en, vooral voor beleidsmakers, om de gezondheidszorg te kunnen besturen en financieren. Veel bekostigingsmodellen hebben dan ook een relatie met een onderliggend ordeningsprincipe. Zo zijn er vaak verschillende tarieven voor extra- of intramurale zorg of voor poliklinische of klinische behandeling. Als men na enige tijd vastloopt in een ordeningsprincipe, probeert men weer een andere inrichtingsstructuur te bedenken.

De laatste jaren spreekt men vooral over ‘compartimenten’, waarmee de gezondheidszorg wordt ingedeeld in drie sectoren (zie kader). Bij dit ordeningsprincipe is een veel eenduidiger relatie met de financiering gelegd. Elk compartiment heeft zijn eigen hoofdwet en zijn eigen subsysteem van partijen met elk hun eigen rollen en verantwoordelijkheden. Voor het eerste compartiment is dat de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en zijn zogenaamde zorgkantoren verantwoordelijk voor de bekostiging van voldoende zorgaanbod in hun werkgebied (ons land kent 32 zorgkantoorregio’s).

De gezondheidszorg in drie compartimenten

1. Langdurige zorg ('care')

In het eerste compartiment van de langdurige zorg ('care') moet een aanspraak op zorg steeds verband houden met een somatische, psychogenetische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of psychosociaal probleem. Bij care gaat het om verpleging en verzorging van mensen, soms tijdelijk en niet zelden langdurend. Het gaat dan om met name gehandicaptenzorg, thuiszorg, ouderenzorg en langdurige geestelijke gezondheidszorg. De totale omzet bedraagt ongeveer 24 miljard euro per jaar. De financiering loopt vooral via de AWBZ.

2. Curatieve zorg ('cure')

Het tweede compartiment is de curatieve zorg ('cure'): het geheel van huisartsen, paramedici, verloskunde, farmacie, medisch specialisten, ziekenhuizen en op herstel gerichte zorg in bijvoorbeeld de geestelijke gezondheids-

zorg. Onder cure vallen grofweg drie onderdelen van de gezondheidszorg die met behandeling van ziekten te maken hebben, vaak van tijdelijke aard. De totale omzet in dit compartiment bedraagt ongeveer 35 miljard euro per jaar. De financiering steunt hier vooral op de zorgverzekeringswet (ZVW).

3. Aanvullende verzekering

Het derde compartiment betreft de aanvullende verzekering waarmee een burger zich op vrijwillige basis kan bijverzekeren als aanvulling op zijn of haar zorgverzekering. De totale omzet bedraagt ongeveer 2 à 3 miljard euro per jaar.

Het onderscheid tussen cure en care is nu ook weer niet zo simpel als het op het eerste oog lijkt. In een ziekenhuis komt de patiënt weliswaar primair voor een medische behandeling of onderzoek (cure), maar de verzorging van de patiënt en diens omgeving is ook noodzakelijk (care). Andersom wordt in de care ook medische zorg gegeven, bijvoorbeeld in verpleeghuizen of de gehandicaptenzorg. Een klassiek voorbeeld is de kraamzorg (letterlijk: care), die valt onder de zorgverzekering (cure).

Wat er precies onder welk compartiment valt, is bovendien een politieke keuze van een coalitie-regering met een bepaalde kleur. In het verleden hebben daardoor veel wijzigingen plaatsgevonden met betrekking tot voorzieningen die wel of niet onder de AWBZ vielen of in het 'basispakket' van de zorgverzekering. Een voorbeeld is de fysiotherapie, die in de afgelopen decennia heen en weer ging tussen AWBZ en zorgverzekering. Met het opheffen van het verschil tussen de ziekenfondsen en de particuliere verzekeringen per 1 januari 2007 is dat basispakket nu grotendeels gestandaardiseerd. Het pakket van de AWBZ breidde zich in het verleden ook uit omdat voorzieningen die voorheen een eigen wet of subsidieregeling kenden onder deze volksverzekering werden gebracht. Voorbeelden hiervan zijn onder andere de wijkverpleging (1980), de gezinsverzorging (1989) en de verzorgingshuizen (1997).

Maar wat behoort nu wel of niet tot de gezondheidszorg? Ook dat is deels politiek bepaald, zo blijkt bijvoorbeeld uit een langdurige geschiede-

nis van heen en weer schuiven van voorzieningen tussen de zorgverzekering, de AWBZ en de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo, 2007). Kortom, een strikt rationele ordening of clustering van voorzieningen in een paar eenvoudige kaders is lastig in een land dat steunt op wisselende coalities. Het maakt overigens ook de internationale vergelijking van zorgstelsels lastig, omdat per land andere voorzieningen binnen het verzekerde systeem vallen.

De ordening naar 'echelons' of 'lijnen' lijkt overigens de laatste jaren wat stabielere te worden. De gezondheidszorg wordt hierbij gezien als een hiërarchische indeling van eerste-, tweede- en derdelijnsvoorzieningen. Het principe van de echelonnering stamt uit de jaren zeventig, geldt voor de gehele gezondheidszorg, maar vond vooral ingang in de curatieve sector. Het principe luidt: lichte hulp waar mogelijk en zwaardere hulp waar nodig en op doorverwijzing. De redenering gaat dus uit van de patiënt en de zwaarte van diens gezondheidsprobleem. Iets wat relatief simpel en dichtbij de patiënt opgelost kan worden, valt dan in de 'nulte lijn' van onderlinge mantelzorg of in de eerste lijn van bijvoorbeeld huisartsen en gezondheidscentra. De eerste lijn heeft een verwijzende rol als 'poortwachter' voor de tweede lijn, zoals de huisarts die verwijst naar de medisch specialist of een klinische functie van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voorzieningen in de tweede lijn zijn op grotere schaal georganiseerd, zoals ziekenhuizen of de GGZ. Een ander onderscheid tussen de eerste en tweede lijn is dat tussen generalistische en specialistische zorg. Hooggespecialiseerde topklinische zorg vormt dan de derde lijn (academische centra, instellingen voor onder andere kanker of doofblinden).

Naast cure en care bestaat er preventie, die weer wordt onderverdeeld in primaire preventie (voorkomen van ziekten), secundaire preventie (vroegtijdige opsporing en behandeling van ziekte en handicap) en tertiaire preventie (voorkomen van erger en van complicaties). Preventie wordt onder andere geregeld via de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv), waarvoor de gemeente de verantwoordelijke overheid is. Gemeentelijke Geneeskundige Diensten (GGD'en) en thuiszorgorganisaties zijn belast met de uitvoering. Op het

gebied van de gezondheidsbevordering zijn er vooral landelijke instituten werkzaam, zoals Trimbos, Stivoro, Consument en Veiligheid, Stichting Aids Fonds, Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) en Voedingscentrum.

4.1.3 WET- EN REGELGEVING

Er zijn nogal wat wetten en regels voor de gezondheidszorg, te groeperen naar structuurwetgeving, financieringswetgeving, kwaliteitswetgeving en medisch-ethische wetgeving. We beperken ons hier tot hoofdlijnen en laten de vele en ingewikkelde details voor wat ze zijn. Wie zich verder wil verdiepen, kan onder andere terecht bij Hermans en Buijsen (2006) die met *Recht en gezondheidszorg* een goed leerboek hebben samengesteld dat de basis voor deze paragraaf vormt.^[2]

Het recht is een verzameling van normen en regels over het handelen en het afstemmen van gedrag van mensen als leden van de samenleving. Het gezondheidsrecht is gericht op een onderdeel van die samenleving, namelijk de gezondheidszorg, maar wordt daarin ook beïnvloed door andere nationale en internationale wetgeving, zoals Europese verdragen, de Nederlandse Grondwet, de belastingwetten, het staatsrecht, het strafrecht, het personen- en familierecht en het rechtspersonenrecht. Maar er is ook nog arbeidsrecht, milieurecht, mediarecht, auteursrecht, kiesrecht en het bestuursrecht dat de relatie tussen overheid en burger regelt. De Grondwet is de belangrijkste staatsrechtelijke regeling en bevat onder andere onze grondrechten, zoals gelijke behandeling, kiesrecht, vrijheid van godsdienst, eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer en het recht op gezondheidszorg.

Heel lang is gezondheidsrecht vooral medisch recht geweest, het geheel van rechtsbeginselen en rechtsregels over het gedrag van zorgaanbieders, met name artsen. Met de opkomst van de patiëntenbeweging in de jaren zestig en de latere opkomst van allerlei andere partijen in de gezondheidszorg, richt het huidige gezondheidsrecht zich nu op drie relaties:

- zorgverleningsrecht gaat over de relatie tussen patiënt/burger en zorgaanbieder;
- zorginkooprecht gaat over de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar;

- zorgverzekeringsrecht richt zich op de relatie tussen zorgverzekeraar en verzekerde/burger.

Het is in het kader van dit hoofdstuk niet zo relevant om de hele wordingsgeschiedenis van alle wetten uit de doeken te doen. Hier richten we ons op de actuele situatie zoals het gezondheidsrecht er nu op hoofdlijnen uitziet.

Onderdelen van gezondheidsrecht

- Structuurwetgeving (toelating, staatstoezicht, mededinging)
- Financieringswetgeving (zorgverzekeringswet, aanvullende verzekering, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)
- Kwaliteitswetgeving (Kwaliteitswet Zorginstellingen, Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, Rechten voor cliënten)
- Medisch-ethische wetgeving

Structuurwetgeving

De structuurwetgeving bepaalt in essentie wie of welke organisatie zorg mag verlenen en op welke voorwaarden daarbij wordt toegezien.

Toelating Zorginstellingen die zorg willen aanbieden die op grond van de Zorgverzekeringswet of de AWBZ voor vergoeding in aanmerking komt, hebben een toelating van de minister of staatssecretaris van het ministerie van VWS nodig. Daarvoor geldt sinds 1 januari de nieuwe Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Deze wet richt zich op instellingen, niet op individuele beroepsbeoefenaren, en regelt de bestuursstructuur en de ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering van deze instellingen of 'ondernemingen'. Allereerst wordt een onderneming gedefinieerd als 'een zelfstandige eenheid van een aan het maatschappelijk verkeer deelnemende organisatie van mensen en productiemiddelen, gericht op het duurzaam aanbieden van diensten op het terrein van de gezondheidszorg'. Ondernemingen zijn er in allerlei juridische verschijningsvormen, zoals een stichting, vereniging of bv (zie paragraaf 4.2). Bepaalde categorieën instellingen zijn op basis van het Uitvoeringsbesluit WTZi 'automatisch' toegelaten, waaronder huisartsenzorg, kraamzorg, paramedische en farmaceutische zorg. Deze sectoren moeten echter wel voldoen aan de zoge-

naamde transparantie-eisen. Naast een heldere bestuursstructuur ('good governance') en bedrijfsvoering (inclusief de bepaling in welke gevallen winst uitgekeerd mag worden) is daarbij ook van belang dat de exploitatie van de onderneming past in de beleidsregels en het financieel kader dat beschikbaar is voor de zorg (artikel 7 van de WTZi). De WTZi geeft zorginstellingen meer vrijheid en verantwoordelijkheid, door minder overheidsbemoediging met de capaciteit. Als een zorgaanbieder denkt een gebouw nodig te hebben, moet hij een zodanige omzet zien te realiseren dat hij de kapitaallasten van dat gebouw (afschrijvingen en rentekosten) zelf kan dekken uit de lopende exploitatie en door het activeren van de investeringen op zijn balans (met leningen die de zorgaanbieder kan afsluiten met financiers zoals banken). Vastgoed is daarmee een heel nieuw thema voor directies en bestuurders in de gezondheidszorg geworden en wordt steeds meer een 'productiemiddel' om ook goede kwaliteit van zorg te genereren. In het zogeheten B-segment van de medisch-specialistische zorg zijn de kapitaallasten inmiddels integraal opgenomen in de prijzen. Voor intramurale AWBZ- en GGZ-instellingen zijn per 1 januari 2011 integrale tarieven gaan gelden.

Staatstoezicht In de Gezondheidswet is de organisatie van het toezicht van de overheid op de volksgezondheid, waaronder de voedselveiligheid, nader geregeld. Zo worden onder meer de organisatie van de Gezondheidsraad en het Staatstoezicht op de volksgezondheid geregeld.

De Gezondheidsraad is een onafhankelijk adviesorgaan dat als taak heeft ministers en parlement te adviseren op het gebied van de volksgezondheid. Ministers vragen de Gezondheidsraad om advies waarmee beleidsbeslissingen onderbouwd kunnen worden. Daarnaast heeft de Gezondheidsraad een signalerende functie en kan daartoe ook ongevraagd advies uitbrengen.

Het Staatstoezicht op de volksgezondheid bestaat uit twee onderdelen: de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Voedsel en Waren Autoriteit. De kerntaken zijn het verrichten van onderzoek naar de staat van de volksgezondheid en de determinanten daarvan, alsmede, waar nodig, het aangeven en bevorderen van middelen tot

verbetering daarvan en het toezicht op de naleving en de opsporing van overtredingen van het bepaalde bij of krachtens wettelijke voorschriften op het gebied van de volksgezondheid. Voorts kan de IGZ gevraagde en ongevraagde adviezen uitbrengen.

Om haar taak als toezichthouder op de gezondheidszorg uit te voeren, maakt de IGZ onderscheid tussen gefaseerd toezicht, thematisch toezicht en toezicht bij incidenten. De maatregelen die de inspectie kan nemen om de normen voor goede zorg te handhaven, zijn divers en verschillen in zwaarte. Vaak gaat het in de eerste plaats om advies en stimulering, maar de inspectie kan er ook voor zorgen dat tegen zorgaanbieders juridische maatregelen worden genomen als dit voor de kwaliteit van de zorg noodzakelijk is. Bij het toezicht op de kwaliteit van medische producten is op dit moment nog geen sprake van een gefaseerde aanpak, omdat internationale afspraken een andere werkwijze voorschrijven.

Gefaseerd toezicht verloopt in drie fasen

- Eerste fase: signaleren van risico's op basis van analyse van kwaliteitsinformatie en op basis van aanvullende informatie over de zorg en zorgaanbieder.
- Tweede fase: inspectiebezoeken, oordeelsvorming en maatregelenbepaling.
- Derde fase: bestuurlijke, tuchtrechtelijke en strafrechtelijke maatregelen.

Het doel van thematisch toezicht is door landelijk onderzoek inzicht te krijgen in zaken als de effecten van overheidsbeleid, specifieke knelpunten in de zorg, (structurele) tekortkomingen in de zorg en dreigende problemen in de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Thematische onderzoeken leiden meestal tot verbeteringen in de onderzochte instellingen. Ook komen er vaak landelijke aanbevelingen uit voort die weer leiden tot nieuwe veld- of beroepsnormen. Grote, sectoroverstijgende thema's waarop de IGZ toezicht houdt, zijn bijvoorbeeld patiëntveiligheid en ketenzorg. De inspectie streeft ernaar om zo veel mogelijk van deze rapporten ook actief openbaar te maken en is daartoe in het kader van de Wet openbaarheid van bestuur (Wob) ook meestal

verplicht. Dit bevordert niet alleen de naleving van richtlijnen en kwaliteitseisen, maar heeft ook een functie bij het informeren van patiënten en zorgverzekeraars over de kwaliteit van zorg en de keuzemogelijkheden.

Mededinging Een belangrijk onderdeel van de structuurwetgeving is ook het mededingingsrecht. De regels voor de gezondheidszorg zijn inbegrepen in de algemene Nederlandse mededingingsregels, die weer grotendeels overeenkomen met de Europese regels, zoals bepaald in het EU-verdrag. Het een en ander is vastgelegd in de Nederlandse Mededingingswet en wordt gehandhaafd door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en de rechters. Overigens zijn volgens de NMa ook zorgverzekeraars ondernemingen in de zin van de Mededingingswet, behalve in de AWBZ (omdat verzekeraars daar zo weinig ruimte hebben voor eigen invulling van taken dat zij feitelijk niet anders doen dan uitvoering geven aan de wet en derhalve geen economische activiteiten uitoefenen).

De mededingingswet kent vier pijlers:

1 *Het verbod op kartelafspraken*

Verboden zijn overeenkomsten tussen ondernemingen, besluiten van ondernemersverenigingen en onderling afgestemde feitelijke gedragingen van ondernemingen, die ertoe strekken of tot gevolg hebben dat de mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan wordt verhinderd, beperkt of vervalst. Om onder het verbod te vallen, is het daarom voldoende dat de overeenkomst, het besluit of de gedraging de *strekking* heeft de concurrentie te beperken; het is niet noodzakelijk dat door de overeenkomst de concurrentie ook feitelijk wordt beperkt.

2 *Het verbod op misbruik maken van een economische machtspositie*

Een onderneming heeft een economische machtspositie wanneer zij zich in belangrijke mate onafhankelijk kan gedragen van haar concurrenten, leveranciers, afnemers of eindgebruikers en daardoor in staat is de mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan te verhinderen. Het innemen van een dominante positie is op zichzelf niet verboden, 'slechts' het misbruik daarvan.

Het belangrijkste criterium voor het vast-

Tabel 4.1 Cliënten in de AWBZ, al dan niet in een instelling en naar wijze van bekostiging (2008).**AWBZ-gebruikers naar doelgroep**

	Binnen of buiten instelling		Wijze van bekostiging		
	Zorg met verblijf	Zorg aan huis	Zorg in natura	Persoonsgebonden budget	Beide
Ouderen met psychogeriatrische aandoeningen (totaal: 72.000)	55.000	17.000	70.000	1.000	1.000
Ouderen met somatische aandoening (totaal: 319.000)	109.000	210.000	295.000	19.000	5.000
Gehandicapten (totaal: 113.000)	66.000	47.000	85.000	19.000	9.000
Personen met psychiatrische stoornis(sen) (totaal: 84.000)	23.000	61.000	50.000	32.000	2.000

zekering) en de langdurige zorg (waarop de AWBZ recht geeft). Dat is in 2007 uitgewerkt voor de sector van de geestelijke gezondheidszorg, die daarmee als het ware is opgeknipt in twee delen: kortdurende zorg tot maximaal één jaar via de zorgverzekering en de langdurige zorg via de AWBZ.

Of een cliënt recht heeft op zorg vanuit de AWBZ wordt bepaald aan de hand van de grondslag: 'Een aandoening, beperking, handicap of probleem als gevolg waarvan de verzekerde op één of meer vormen van zorg kan zijn aangewezen.' De AWBZ kent zeven grondslagen (zie kader). In het indicatiebesluit worden ook de aard, hoeveelheid en duur van de zorg omschreven waarop de cliënt recht heeft.

De grondslagen voor toegang tot de AWBZ

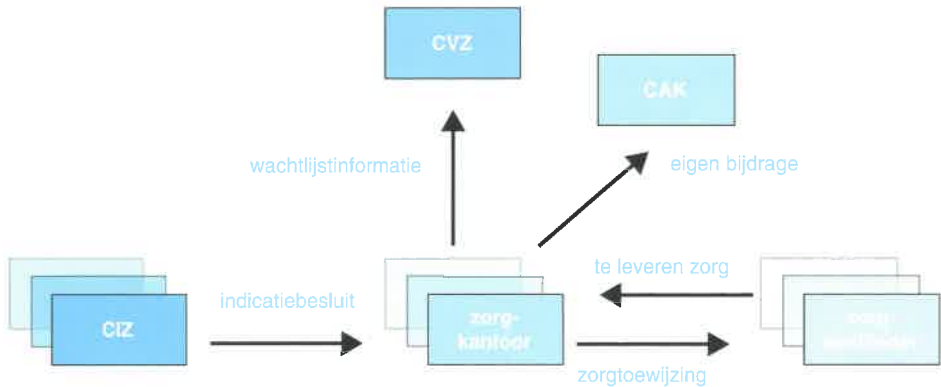
- 1 somatische aandoening/beperking
- 2 psychogeriatrische aandoening/beperking
- 3 psychiatrische aandoening/beperking
- 4 lichamelijke handicap
- 5 verstandelijke handicap
- 6 zintuiglijke handicap
- 7 psychosociaal probleem

De AWBZ vergt een nauw samenspel tussen veel partijen, met elk een eigen taak in het hele proces

van indicatiestelling, via zorgtoewijzing naar zorglevering, de bekostiging daarvan en uiteindelijk de oplegging van de eigen bijdrage. De informatie die van belang is voor de volgende partij in de keten wordt doorgegeven via de AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR), een regionaal systeem van informatie-uitwisseling tussen de partijen. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de afzonderlijke processen in de keten is verdeeld over het Centraal Indicatieorgaan Zorg ofwel het CIZ (belast met de indicatiestelling), het zorgkantoor (wijst zorg toe en zorgt voor de bekostiging), de zorgaanbieder (levert de zorg) en het Centraal Administratie Kantoor of CAK (verantwoordelijk voor de inning van de eigen bijdragen van de cliënten, afhankelijk van leeftijd, inkomen en gezinssamenstelling).

Kwaliteitswetgeving

De regulering van de kwaliteit van de gezondheidszorg ligt vast in de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZi) en de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) en kent dus aparte regelingen voor instellingen en beroepsbeoefenaren. Ook de rechten en plichten van patiënt én hulpverlener zijn vastgelegd, onder meer in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet Klacht-recht Cliënten Zorgsector (WKCZ). De overheid is bezig deze wetten te bundelen in één nieuwe Wet cliëntenrechten zorg (Wcz). Hieronder bespreken we al deze kwaliteitswetten.



Figuur 4.1 De partijen in de AWBZ-keten. CIZ: Centrum Indicatiestelling Zorg; CVZ: College voor zorgverzekeringen; CAK: Centraal Administratie Kantoor.

Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZI) De Kwaliteitswet Zorginstellingen is gericht op alle instellingen in de zorg, of ze nu zorg verlenen op grond van de Zorgverzekeringswet of de AWBZ. Dit zijn bijvoorbeeld ziekenhuizen, verpleeghuizen, GGZ-instellingen, maar ook gezondheidscentra, paramedische praktijken en zelfstandige zorgverleners voor zover zij niet alleen werken. Belangrijk voor medisch specialisten is het begrip 'instelling', waaronder wordt verstaan 'ieder verband dat strekt tot verlening van zorg'. Een organisatorisch verband dat zorg verleent als onderdeel van een ander zorgverlenend organisatorisch verband wordt niet als instelling aangemerkt. Als een maatschap van medisch specialisten praktiseert in een ziekenhuis, is het ziekenhuis in het kader van de Kwaliteitswet de verantwoordelijke instelling. Ook commerciële instellingen, zoals privéklinieken, moeten aan deze wet voldoen.

De Kwaliteitswet heeft tot doel dat de instelling de eigen kwaliteit bewaakt, beheerst en verbetert. Daarvoor noemt de wet vier kwaliteitseisen (zie kader). Bovendien verplicht deze Kwaliteitswet de instelling om calamiteiten ('iedere niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid') en seksueel misbruik ('ieder grensoverschrijdend seksueel gedrag waarbij sprake is van lichamelijk, geestelijk of relationeel overwicht', waarbij een

cliënt of een hulpverlener van de instelling is betrokken) te melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Vier eisen in de Kwaliteitswet

- 1 Verantwoorde zorg, dat wil zeggen doel-treffend, doelmatig en afgestemd op de wensen en behoeften van cliënten.
- 2 Op kwaliteit gericht beleid door een goede organisatie en goed personeel. Het moet duidelijk zijn wie welke werkzaamheden uitvoert en wie daarvoor verantwoordelijk is. De resultaten van overleg met de patiëntenorganisaties en de zorgverzekeraars moeten in het beleid worden meegenomen.
- 3 In een kwaliteitssysteem neemt de instelling haar eigen eisen en doelen voor kwaliteit op, bewaakt en beheerst daarmee de kwaliteit van zorg, stuurt dat waar nodig bij en laat dit regelmatig toetsen.
- 4 Met een (kwaliteits)jaarverslag legt de instelling verantwoording af over het gevoerde kwaliteitsbeleid. Het kwaliteitsjaarverslag moet worden opgestuurd naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de patiëntenorganisaties. Het is onderdeel van het Jaardocument Zorg dat elke zorgaanbieder moet opstellen en vóór 1 juni deponeren bij de website www.jaarverslagenzorg.nl in het kader van de informatieplicht en transparante verantwoording van de zorgsector.

*Wet op de Beroepen in de Individuele**Gezondheidszorg (Wet BIG)* De Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)

uit december 1993 is een van de Nederlandse wetten waarin is vastgelegd op welke manier personen tot handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg bevoegd zijn. Met de invoering van de Wet BIG is het absolute verbod op onbevoegde uitoefening van de geneeskunde, zoals dat in de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst van Thorbecke (1865) was vastgelegd, komen te vervallen. Alle niet-artsen functioneerden toen in de zorg volgens de ‘verlengde-arm-constructie’, waarbij handelingen door niet-artsen werden gezien als uitgevoerd door de ‘verlengde arm’ van de arts. Met de Wet BIG hebben alle zorgverleners een eigen verantwoordelijkheid gekregen in de zorgverlening. De terugtrekkende overheid legt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteitsbewaking bij deze beroepsgroepen zelf neer; zij moeten zelf algemene regels over de kwaliteit opstellen, de risicovolle, voorbehouden handelingen regelen en protocollen en richtlijnen voor het werk opstellen. De bedoeling van de Wet BIG is om zo veel mogelijk mensen in staat te stellen zorg te verlenen met een eigen verantwoordelijkheid, daarbij de kwaliteit van de uitoefening van de gezondheidszorg te bewaken en zorgvragers te behoeden tegen onzorgvuldig handelen door zorgverleners en waar nodig zaken apart te regelen (alleen voor bepaalde handelingen en bepaalde beroepen). Voor acht beroepen in de gezondheidszorg is er via de Wet BIG titelbescherming: apothekers, artsen, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen. Op dit moment zijn de voorwaarden een afgeronde opleiding, verplichte registratie met periodieke herregistratie in het (openbare) BIG-register en een wettelijk tuchtrecht. De voorheen paramedische beroepen, die nu zijn geregeld in artikel 34 van de Wet BIG, kennen geen verplichte registratie en geen wettelijk geregeld tuchtrecht. Zij hebben een opleidingstitel. Indien een geregistreerde beroepsbeoefenaar slechts onder voorwaarden zijn beroep mag uitoefenen of helemaal niet meer, staat dit in het register vermeld. De bedoeling is op termijn ook voorwaarden te stellen aan herregistratie, waarbij werkervaring en nascholing een rol spelen. Voor artsen is dit al

vastgelegd; ook andere zorgverleners zijn bezig dit te regelen.

Rechten voor cliënten De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) is een Nederlandse wet waarin rechten en plichten van behandelaar én patiënt geregeld worden, die op 1 april 1995 in werking is getreden (vastgelegd in het Burgerlijk Wetboek). In deze wet wordt onder meer het recht op inzage in het eigen medische dossier geregeld. Ook bevat de WGBO een informatieplicht en toestemmingsvereiste. De zorgverlener is verplicht de patiënt (en wanneer het kinderen betreft de ouder of voogd) naar redelijkheid te informeren en hem toestemming voor een behandeling te vragen. De patiënt is verplicht de zorgaanbieder correct en zo volledig mogelijk te informeren. Een zorgverlener heeft de plicht in levensbedreigende situaties te handelen. Dit betekent echter niet dat de patiënt zorg kan eisen van zijn behandelaar, die in bepaalde gevallen deze zorg kan weigeren.

De informatieplicht betreft de volgende onderwerpen.

- De aard en het doel van de behandeling: wat houdt de behandeling precies in? Wat denkt de zorgverlener ermee te bereiken?
- De risico's en gevolgen van de behandeling: welke complicaties of bijwerkingen kunnen optreden?
- Eventuele andere behandelingsmogelijkheden: wat zijn daarvan de voor- en nadelen?
- De vooruitzichten voor de gezondheidstoestand van de cliënt: wat staat hem te wachten?

Voor iedere geneeskundige behandeling, waarbij acuut ingrijpen niet direct noodzakelijk is, is mondelinge of schriftelijke toestemming van de patiënt vereist. Zonder deze toestemming kan de hulpverlener geen behandeling starten of voortzetten. Als de patiënt of de zorgverlener dat wil, legt de zorgverlener in het dossier vast voor welke verrichtingen de patiënt toestemming heeft gegeven. Bij niet-ingrijpende verrichtingen kan toestemming als gegeven worden verondersteld.

De Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) regelt vervolgens het recht van patiënten om een klacht in te dienen. Volgens deze wet behoren zorginstellingen een klachtenregeling en een

klachtencommissie te hebben. Een klachtencommissie past hoor en wederhoor toe en doet vervolgens uitspraak over een klacht door deze niet-ontvankelijk, gegrond of ongegrond te verklaren.

De regering wil een aantal regelingen die in het voorgaande zijn genoemd (waaronder de WGBO, de Wet Klachtrecht en de Kwaliteitswet Zorginstellingen), vervangen door een nieuwe Wet cliëntenrechten zorg (Wcz). Hierdoor wordt de rechtspositie van de cliënt overzichtelijker geregeld, in samenhang met meer eenduidige voorschriften voor het functioneren van zorgaanbieders. De Wcz geeft cliënten recht op goede zorg. Ook moeten zij kunnen meepraten over de inrichting en uitvoering daarvan. Hiervoor hebben zij een stevige juridische positie nodig. Om die te realiseren, heeft het kabinet in 2008 het programma 'Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: investeren in de zorgrelatie' opgesteld. Dat is gebeurd in nauw overleg met cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Vanuit dit programma heeft het kabinet een wetsvoorstel gemaakt en op 25 april 2010 aangeboden aan de Tweede Kamer voor besluitvorming.

Rechten en plichten in de Wet cliëntenrechten zorg

- recht op goede zorg (tijdig, veilig, doeltreffend; doelmatig en cliëntgericht)
- recht op keuze-informatie (over de inhoud, kwaliteit en prijs van de zorg)
- recht op informatie, toestemming, dossiervorming en bescherming van de persoonlijke levenssfeer tijdens zorgverlening (overgenomen uit de WGBO)
- recht op een effectieve, laagdrempelige klachten- en geschillenregeling
- recht op medezeggenschap
- goed bestuur en toezicht (de cliënt moet erop kunnen vertrouwen dat zorgaanbieders kwaliteit en veiligheid van zorg als eerste prioriteit beschouwen en dat het bestuur en het toezichthoudend orgaan daarop kunnen worden aangesproken)
- verslaggeving en maatschappelijke verantwoording (zorginstellingen hebben door verschillende wetten al de nodige verantwoordingsplichtingen; deze worden in de Wcz op sommige punten uitgebreid, vooral richting private instellingen en solistisch werkende zorgaanbieders).

De wet regelt dat de Raad van Bestuur van een zorginstelling eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorg. Er moet een bestuurder worden aangewezen die het onderwerp 'kwaliteit van zorg' in zijn portefeuille heeft. Besturen krijgen meer sturingsmogelijkheden bij disfunctioneren van medisch specialisten en andere zorgverleners. Het bestuur kan bijvoorbeeld een aanwijzing geven om een bepaalde behandeling niet meer uit te voeren of een arbeids- of toelatingsovereenkomst opzeggen. Zorgverleners moeten op hun beurt verantwoording afleggen aan het bestuur. Zo moeten medische fouten altijd gemeld worden aan het bestuur. Bovendien kunnen patiënten hun rechten gemakkelijker afdwingen door een betere klachtenregeling en verplichte aansluiting van zorgaanbieders bij een onafhankelijke geschilleninstantie. Deze kan in ieder geval tot een bedrag van € 10.000 aan schadevergoeding toekennen. Op termijn wordt dit bedrag verhoogd naar € 25.000. Verder krijgen cliëntenraden meer invloed en een eigen budget, zodat ze niet langer financieel afhankelijk zijn van het bestuur van een zorginstelling.

Medisch-ethische wetgeving

Er zijn nog enkele specifieke wetten en regels op medisch-ethisch vlak vermeldenswaardig. Zo is er een wet die het medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen regelt (denk aan 'informed consent' en medisch-ethische commissie). Een belangrijke wet is ook de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) die gedwongen opnames mogelijk maakt van patiënten die wilsonbekwaam zijn door een stoornis in hun geestvermogens, een gevaar voor zichzelf of hun omgeving vormen ('inbewingstelling') of noodzakelijke zorg weigeren (denk aan drugs- en alcoholverslaafden). Bij opname in een verpleeghuis of zwakzinnigeninrichting is een rechtelijke machtiging vereist en een spoedprocedure vereist een inbewingstelling indien de betrokkene zich verzet tegen opname.

Maar ook rond het begin en het eind van het leven zijn wetten en regels geformuleerd, zoals wetten voor in-vitrofertilisatie en prenatale diagnostiek, de Wet afbreking zwangerschap, de Embryowet, de Wet foetaal weefsel, de Wet op de orgaandonatie (WOD) en de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL). Dokters, ken uw wetten, want het moder-

ne leven kent steeds meer risico's, maar de maatschappij lijkt deze steeds minder goed aan te kunnen en krijgt Amerikaanse trekjes van juridisering.

4.1.4 CONTRACTEREN VAN ZORG

Om als zorgaanbieder aan de benodigde middelen te komen, moet worden onderhandeld met de financiers. Deze moeten bij het contracteren of inkopen van zorg voortdurend afwegingen maken tussen volume, prijs en kwaliteit. Er zijn vele financiers in en rondom de gezondheidszorg. Allereerst de zorgverzekeraars voor voorzieningen die onder de Zorgverzekeringswet vallen en de zorgkantoren voor aanbieders in de AWBZ.

Daarnaast de gemeenten als het gaat om voorzieningen in de Wmo, maar ook op onderdelen van de jeugdzorg, waarbij de provincies ook weer een rol spelen. En sommige voorzieningen worden nationaal gecontracteerd door een beperkt aantal verzekeraars.

Om al deze financiers en zorgaanbieders in staat te stellen effectief met elkaar te onderhandelen en contracten af te sluiten, dient een zorginkoopmarkt aan drie voorwaarden te voldoen.

1 Alle producten van zorgaanbieders moeten eenduidig kunnen worden gedefinieerd

Zonder duidelijke productbeschrijvingen geen transparantie. Alle zorgsectoren zijn daarom op de een of andere manier bezig hun aanbod te beschrijven. Eerder kwam al aan de orde dat de AWBZ dat doet in de vorm van zorgfuncties. Sinds 2005 is de ziekenhuissector bezig met de diagnose-behandelcombinaties (DBC's), die een relatie leggen tussen de zorgvraag van de patiënt en het zogenoemde zorgprofiel (het totaal van activiteiten en verrichtingen nodig om aan die zorgvraag te voldoen). Dat bleek aanvankelijk niet eenvoudig en met meer dan 30.000 DBC's kwam ook de gewenste transparantie in gevaar. Daarom wordt gewerkt aan een nieuwe vereenvoudigde productstructuur (ondergebracht bij DBC Onderhoud).

2 De zorgaanbieders moeten hun producten van prijzen kunnen voorzien

Met de prijs voor een product moet de zorgaanbieder proberen alle variabele kosten van de zorgverlening én de vaste kosten van eerdere investeringen in gebouw, technologie en infrastructuur terug te verdienen. Daarin zitten dan

ook de kapitaallasten, dat wil zeggen de jaarlijkse afschrijvingen op de investeringen en de rentekosten van de leningen die vaak nodig zijn om die investeringen te kunnen doen. Dat is een ingewikkelde materie, die stap voor stap wordt uitgewerkt en ingevoerd. Het zogenoemde B-segment van de DBC's waarvoor al vrije prijzen gelden, is het eerste segment waar nu ook de kapitaallasten onderdeel zijn van de integrale kostprijs. Deze geleidelijke invoer is wenselijk omdat een al te abrupte invoer van meer financiële risico's tot grote onevenwichtigheid ofwel een ongelijk speelveld tussen zorgaanbieders zou leiden. Sommige ziekenhuizen hebben een oud gebouw dat vrijwel is afgeschreven, maar andere ziekenhuizen hebben net nieuwbouw gepleegd, maar dan onder de regels van het oude regiem en zouden met integrale kostprijzen in het nieuwe regiem veel te duur worden en zichzelf uit de markt prijzen. Een technisch faillissement is dan niet onwaarschijnlijk. De kredietcrisis heeft de overgangperiode nog eens extra moeilijk gemaakt en de banken nogal kopschuw gemaakt om nieuwe leningen voor investeringen mogelijk te maken.

3 Evenwichtige machtsverdeling tussen vraag (zorgverzekeraars) en aanbod (zorgaanbieders)

Misbruik van inkoopmacht door grote zorgverzekeraars zal kunnen leiden tot een combinatie van te lage prijzen (waardoor zorgaanbieders verlies draaien) en een zorgaanbod dat tekortschiet in volume en kwaliteit. Dat geldt zeker voor regio's waar eigenlijk maar één zorgverzekeraar is die zo'n groot marktaandeel heeft dat hij de markt min of meer dicteert en er weinig animo van concurrenten is om die markt te betreden en in concurrentie te gaan. Tegenover deze hoge marktconcentratie aan de inkoopkant van de markt staat vaak ook een hoge marktconcentratie aan de aanbodkant, zeker in de ziekenhuissector en vaak ook in de geestelijke gezondheidszorg, waar fusies en schaalvergroting hebben geleid tot regionaal of provinciaal werkende (semi)monopolisten. Bovendien hebben de zorgaanbieders nog een forse informatievoorsprong als het gaat om inzicht in kosten en kwaliteit van de zorgverlening. De situatie ligt anders in de eerstelijnszorg, met veel en veelal kleine praktijken van

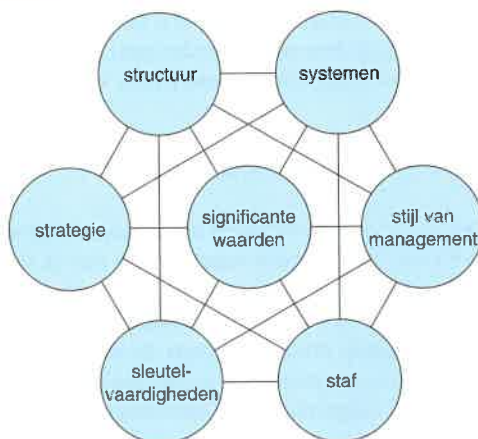
huisartsen, fysiotherapeuten of verloskundigen. Deze zorgverleners zijn vaak helemaal afhankelijk van slechts één zorgverzekeraar en hebben vrijwel geen uitwijkmogelijkheden naar een andere zorgverzekeraar. Een dominante zorgverzekeraar zou dan kunnen inzetten op een strategie van ‘take it, or leave it’: accepteer ons (eenzijdig opgestelde) contract of krijg helemaal geen contract. Er zijn ook andere strategieën denkbaar, waarbij de zorgverzekeraar probeert het keuzegedrag van zijn verzekerden te sturen naar die zorgaanbieders waarmee hij een gunstig contract heeft afgesloten (‘preferred providers’).

4.2 Organisaties in zorg, intern perspectief

4.2.1 STRUCTUREN VAN EEN ZORGORGANISATIE

Structuur beschrijft de vorm en werking van een organisatie.^[3] Daarbij gaat het niet alleen om de harde formele regels, maar ook over de vele zachte ongeschreven regels, gewoontes, normen en waarden. Dat wordt vaak samengevat als de cultuur van een organisatie. Het 7S-model van McKinsey beschrijft de belangrijkste dimensies van een organisatie (zie figuur 4.2).^[4]

Met het 7S-model worden de cultuur en identiteit van de organisatie (ook wel aangeduid als *significante waarden*) gekoppeld aan de andere bestanddelen van een bedrijf, zoals de strategie, structuur, systemen, stijl van management, staf en sleutelvaardigheden. Welke – vaak niet uitgesproken – waarden en normen gelden binnen een organisatie en domineren haar cultuur? Het zijn vaak patronen die in de loop der tijd zijn ingeslepen. De *strategie* betreft de doelen van de organisatie en de wijze waarop de doelen worden gerealiseerd. Een doorgevoerde strategie geeft richting aan een bedrijf of instelling. Beslissingen kunnen aan de strategische keuzes worden gerelateerd. De *structuur* betreft de formele aspecten van de inrichting van de organisatie, onder meer de taakverdeling, hiërarchie en coördinatie. Met de *staf* wordt het voltallige personeel bedoeld. Hoe wordt er met personeel omgegaan, hoe wordt het personeel binnengehaald en scholing geregeld? Tevens is er aandacht voor alle personele



Figuur 4.2 Het 7S-model van McKinsey.

aspecten, zoals motiveren, belonen en behouden van personeel. Met *systemen* wordt bedoeld welke formele, maar ook uitdrukkelijk informele, regels en procedures er gelden. Hoe wordt het werk gedaan, wie is daarbij betrokken en welke regels gelden er? Het is veel breder dan alleen informatiesystemen. De *sleutelvaardigheden* of kerncompetenties van de organisatie zijn de belangrijkste, onderscheidende vaardigheden van de organisatie. De *stijl van management* betreft de manier waarop het management met mensen omgaat. Hoe zij beslissingen neemt, mensen motiveert en opereert binnen de organisatie. Net als de cultuur is de managementstijl in de loop van lange tijd gegroeid, onder invloed van de omgeving. Daarnaast beïnvloedt dit element ook de wijze waarop medewerkers onderling met elkaar omgaan en op welke wijze er wordt samengewerkt.

Er zijn grofweg twee denkrichtingen over de structuur van een organisatie.^[5] In de ene stroming wordt die structuur gelijkgesteld aan organisatiestructuur en in de andere stroming worden processen gezien als het belangrijkste middel om de structuur te beschrijven.

- 1 De organisatiestructuur kan worden beschreven aan de hand van drie substructuren. Ten eerste beschrijft de organieke structuur de vorm van organisatie-eenheden binnen een organisatie. Deze structuur kennen we als ‘het organogram’ of ‘de hark’, met daarin weergegeven de divisies, sectoren, afdelingen, teams

enzovoort. Ten tweede beschrijft de functie-structuur (of het functiegebouw) alle voorkomende functies binnen de organisatie. Ten slotte beschrijft de personele structuur de personele bezetting van functies op de organisatie-eenheden.

- 2 Bij een processtructuur worden activiteiten logisch geordend en aan elkaar gekoppeld in ketens van activiteiten ofwel processen.^[6] Deze processen ('throughput') met allerlei activiteiten ('input') zijn gericht op het bereiken van bepaalde resultaten voor een bepaalde klant ('output' of 'outcome'). Dat kan de eindgebruiker zijn, ofwel de patiënt of cliënt van een zorgproces, maar het kan ook een interne gebruiker zijn, bijvoorbeeld de afdelingsmanager als klant van een HRM-proces vanuit de afdeling Personeelsbeleid ('human resource management'). In feite draait alles om het resultaat. Zo wordt bij het ontwerp van een proces van achteren naar voren geredeneerd. Welk resultaat moeten we opleveren en welke activiteiten zijn nodig om dat te bereiken? Elke activiteit die geen waarde toevoegt, is overbodig en moet eigenlijk worden geschrapt.

Een proces- en organisatiestructuur zijn beide noodzakelijk en dienen als één geheel ontworpen te worden. De inrichting van organisatie-eenheden en de personele en functiestructuur wordt bijvoorbeeld niet door de processen afgedekt. Aan de andere kant verschaft de organisatiestructuur geen integraal inzicht via welke activiteiten, mensen en middelen bepaalde resultaten behaald kunnen worden. Wanneer we alleen in organisatiestructuren denken, organiseren we verticaal via de hiërarchie en de 'hark'. Zo verstarren meestal de structuren en levert elke nieuwe taak ook een nieuwe managementlaag op. Medewerkers zijn gericht op hun taak in hun eigen domein of op hun 'eiland' in plaats van op het totaalresultaat voor de klant. Procesdenken doorbreekt deze hokjesgeest. Door te denken in resultaten voor de klant wordt er horizontaal georganiseerd in een veel dynamischer structuur of zelfs 'netwerk' in een plattere organisatie. De afdelingsgrenzen vervagen en als het proces erom vraagt worden medewerkers ingezet in wisselende multidisciplinaire teams. Maar ook het procesdenken kan weer tegen grenzen aanlopen. Wie is nu eigenlijk de baas of mijn eigen leidinggevende en hoe kan

de balans worden gevonden tussen specifieke professionaliteit in het eigen vakgebied en de gezamenlijke, meer integrale verantwoordelijkheid voor het gehele proces en de klanten daarvan? Veel organisaties worstelen met de samenhang tussen de organisatie- en processtructuur; als 'oplossing' ontstaan er vaak (complexe) matrixstructuren waarin beide invalshoeken worden gecombineerd.

4.2.2 DE LAGEN IN EEN ORGANISATIE: STRATEGISCH, TACTISCH EN OPERATIONEEL

De organisatie moet worden bestuurd. Besturende processen omvatten alle activiteiten betreffende het plannen, controleren, evalueren en bijsturen. Besturende processen worden ook wel managementprocessen genoemd.^[5] Het gaat immers om de besturing van alle aspecten (managementbouwstenen) binnen een organisatie. Afhankelijk van de tijdshorizon en het niveau van het besturingsproces, spreken we van strategische, tactische of operationele besturing (zie kader). Er moet een goede wisselwerking bestaan tussen deze drie besturingsniveaus. Het strategisch niveau stuurt het tactisch niveau aan. En het tactisch niveau stuurt op zijn beurt weer het operationeel niveau aan. Dat 'aansturen' verloopt via de zogenaamde PDCA-cirkel (zie hoofdstuk 1), waarin de plannen de verbindende schakel zijn van boven naar beneden. De Do-fase omvat de 'echte' uitvoerende processen, Plan, Check en Act zijn subprocessen. Samen vormen zij het gehele operationele proces. Omgekeerd zijn voortgangsrapportages de schakel van beneden naar boven. Op basis van deze informatie kan het hogere niveau bijsturen of zijn eigen plannen bijstellen. Door deze verbondenheid ontstaan geschakelde processen.

Drie besturingsniveaus in organisaties^[5]

1 *Strategische besturing: het richten van de organisatie*

Welke nieuwe resultaten moeten we over een termijn van drie tot vijf jaar als organisatie neerzetten? En wat betekent dat voor onze mensen? Moeten we ze nieuwe kennis en vaardigheden gaan aanleren of moeten we

4

nieuwe mensen werven? Welke middelen hebben we nodig, in termen van informatievoorziening en nieuwe faciliteiten? In welke richting moeten we de structuur en cultuur gaan aanpassen en met welke ketenpartners (leveranciers) gaan we strategische allianties aan?

2 Tactische besturing: het inrichten van de organisatie

Waar op strategisch niveau besluiten zijn genomen voor de richting van de komende drie tot vijf jaar, gaat het hier om de vertaling van die keuzes in consequenties voor de organisatie. Welke resultaten gaan we precies halen en met wie sluiten we daar raamcontracten over af? Hoe wijzen we mensen en middelen toe aan de verschillende resultaatgebieden (allocatie van middelen)? Afspraken, planningen en ramingen over resultaten, mensen en middelen worden vastgelegd in meerjarenplannen. Zo'n plan is voortschrijdend opgebouwd en verschuift elke planperiode één jaar.

3 Operationele besturing: het verrichten van de feitelijke uitvoering van de primaire, ondersteunende, verbeter- en ketenprocessen

Hier maakt de besturing onderdeel uit van de processen zelf.

4.2.3 FINANCIËEL BELEID EN DE JAARPLANCYCLUS

Een jaarplan is een onderdeel van de planning- en controlcyclus (p&c). De basis daarvoor ligt in het strategische meerjarenbeleidsplan van de organisatie. Het jaarplan vertaalt een deel van de strategie in concrete doelstellingen. Dat is het plan-gedeelte. Het controleonderdeel moet het verloop van de activiteiten in het geplande jaar volgen of monitoren, evenals de kosten en opbrengsten daarvan. Daarvoor wordt de laatste jaren het instrument van de 'balanced scorecard' of het INK-model gebruikt (zie paragraaf 4.3.3). Hiermee worden gedurende het jaar productie, kwaliteit van zorg, bedrijfsvoering en personeel in beeld gebracht. Zonder het fundament van een jaarplancycclus is dat overigens zinloos, vergelijkbaar

met het meten van een te rijden afstand zonder het doel van de rit te weten.

De jaarplancycclus begint met een kaderbrief of jaarbrief, waarin de Raad van Bestuur c.q. de directie de belangrijkste kaders, speerpunten en prioriteiten aangeeft voor het komende jaar. Op grond daarvan maken alle organisatieonderdelen (divisies, afdelingen, teams) hun jaarplan en activiteitenbegroting. Deze vormen de input voor de totale begroting van de hele organisatie. De directie en het managementteam hebben vaak een paar overlegondes nodig om de afzonderlijke afdelingsplannen en -begrotingen passend te maken binnen de totale begroting. Daarom wordt vaak ook overleg gevoerd met de medezeggenschapsorganen, zoals de ondernemingsraad of de medische staf. Uiteindelijk rolt hieruit de begroting die definitief wordt vastgesteld door de Raad van Bestuur en wordt voorgelegd aan de Raad van Toezicht. Dit alles natuurlijk voordat het uitvoeringsjaar werkelijk is gestart. Als de begroting is vastgesteld, kunnen de afdelingen aan de slag met de uitvoering van hun jaarplan. In het uitvoeringsjaar zelf wordt de realisatie op de voet gevolgd met managementrapportages. Vaak worden tussen de verschillende managementlagen periodieke voortgangsgesprekken gevoerd om na te gaan of de realisatie op koers ligt, de beoogde resultaten worden gerealiseerd, er geen onverwachte onder- of overschrijdingen van de productie, de personeelsformatie en het budget zijn ontstaan en als dat wel het geval is, hoe hierop tijdig en adequaat kan worden bijgestuurd. De jaarplancycclus wordt afgerond met het opstellen van de jaarrekening. Ook hierbij hoort een heel proces van medezeggenschap, inspraak en verantwoording tot aan de Raad van Toezicht toe. De jaarstukken over een afgesloten jaar moeten uiterlijk 1 juni in het daaropvolgende jaar openbaar zijn. De jaarplancycclus is dan formeel afgerond en de volgende jaarcycclus is alweer begonnen met het ontwikkelen van de nieuwe kaderbrief voor het daaropvolgende jaar...

4.2.4 BESLUITVORMING EN MEDEZEGGENSCHAP IN EEN ORGANISATIE

Een goed besluitvormingsproces is een geordende manier van het nemen van een gemotiveerd besluit door de volgende stappen te volgen: pro-

bleemstelling, informatie verzamelen, analyseren, alternatieven formuleren, alternatieven afwegen, beslissen en evalueren. We kunnen besluiten volgens verschillende methoden.

Bij de intuïtieve methode worden besluiten genomen op gevoelsmatige, niet-rationele gronden. Dit hoeft lang niet altijd de slechtste methode te zijn, maar het kan wel totaal verkeerd gaan. Met name (startende) ondernemers hanteleren vaak intuïtieve methoden van (eenmans)besluiten. De gekozen oplossing is vaak moeilijk uit te leggen en stoelt grotendeels op ervaring en vertrouwen (in eigen kunnen).

Bij de ervaringsmethode beslist iemand op basis van eerdere ervaringen in soortgelijke situaties. Een gevaarlijk nadeel is dat beslissingen worden genomen omdat ze altijd al zo werden genomen en dat inflexibiliteit insluipert terwijl veranderingen in problemen en situaties juist vragen om andere besluiten dan wat de vorige keer nog goed kon zijn.

Dan is er de rationeel-systematische methode, waarbij een besluit wordt genomen op grond van analyses, verstandelijke afwegingen en een systematisch keuze- en besluitvormingsproces om tot het beste alternatief te komen. Een nadeel is dat er veel tijd nodig is voor voorbereiding, gegevensverzameling en overleg. Een voordeel is dat de methode zich uitstekend leent voor gezamenlijke besluitvorming. Het rationele model is normatief ofwel prescriptief, dat wil zeggen: het schrijft voor dat de beste besluiten worden genomen als van tevoren vastgesteld is aan welke criteria een besluit of oplossing moet voldoen en zo veel mogelijk opties (mogelijke oplossingen) zijn gegeneerd en getoetst aan de vastgestelde criteria. De oplossing die op deze criteria het beste scoort, is de beste. Maar de praktijk is weerbarstiger dan in een prescriptief besluitvormingsmodel kan worden voorzien. Vaak ontbreken de noodzakelijke gegevens of middelen en staan de beslissers onder tijds- of politieke druk om snel tot een besluit te komen.

Het 'bounded rationality model' zegt dat mensen genoeg nemen met het beoordelen van een beperkt aantal mogelijke oplossingen aan de hand van een beperkt aantal criteria. Niet de beste oplossing wordt gekozen, maar de oplossing die 'satisficing' is, een samenvoeging van de woorden 'satisfying' en 'sufficing', ofwel bevredigend en voldoende.

Het politieke model ziet besluitvorming als een resultante van allerlei krachten die sterk te maken hebben met de belangen van de betrokken beslis-sers. Mensen nemen niet het beste besluit, maar het besluit dat de meeste belangen dient en het besluit van de meest machtigen die daartoe bewust coalities sluiten en spelen met in- en exclusie van belanghebbenden, al naar gelang dat voordelig kan zijn voor de eigen machtspositie, het verloop van het besluitvormingsproces en de beoogde uitkomst daarvan. Veel organisaties worden 'gestuurd' door negatieve politieke spelletjes; eenheid van beleid is dan ver te zoeken, maar kan de vitaliteit en de continuïteit van de organisatie zeer ernstig schaden.

De eenheid van beleid van een organisatie wordt bepaald door de kwaliteit van haar besluitvorming. Grote organisaties vereisen een complexe besluitvorming, nodig om samenhang aan te brengen in een veelheid aan processen. Goede besluiten in moderne organisaties kunnen niet meer zomaar van bovenaf via verticale besluitvormingsprocessen worden opgelegd. Veelal ontbreekt het hogere echelons aan de specialistische kennis die nodig is voor verantwoorde keuzen. Goede besluiten vragen om horizontale besluitvorming, met deelname van verschillende specialisten. Lees dat niet alleen als 'medisch specialisten', want in een organisatie zijn veel specialisten op veel terreinen aanwezig én nodig, bijvoorbeeld voor financiën, automatisering, beveiliging, onderhoud en techniek, vastgoed, personeelsbeleid en ga zo maar door. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat organisaties hun besluitkracht vergroten? Het antwoord is te zoeken in twee aanvullende wegen. De ene weg loopt via vergroting van individuele vermogens van medewerkers, zodat zij productief en bottom-up vorm gaan geven aan de besluitvorming. De tweede weg loopt via vergroting van het vermogen van leidinggevenden om top-down de kwaliteit van de besluitvorming te vergroten en in stand te houden.

Bij het besturen van bedrijven moeten managers ook rekening houden met veel regels die de maatschappij en overheid stellen. Voor bedrijven met meer dan 100 personeelsleden is het verplicht om gehoor te geven aan de Wet op de ondernemingsraden (WOR). Deze wet regelt de medezeggenschap van medewerkers, die zo invloed kun-

nen uitvoeren op de eigen werksituatie en het beleid van het bedrijf. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen directe en indirecte medezeggenschap. Directe medezeggenschap heeft betrekking op de beïnvloeding van de eigen werksituatie door de medewerkers. Denk bijvoorbeeld aan periodiek werkoverleg. Indirecte medezeggenschap is medezeggenschap die wordt uitgeoefend via gekozen vertegenwoordigers die optreden namens afdelingen. In Nederland wordt indirecte medezeggenschap uitgeoefend via de ondernemingsraad (OR). De ondernemingsraad is een orgaan van het bedrijf dat op voet van gelijkheid staat met de leiding en de belangen behartigt van het bedrijf en het personeel. Het doel is medewerkers mogelijkheden te geven het beleid van de organisatie te beïnvloeden. De OR is verantwoordelijk voor de bescherming en vertegenwoordiging van de medewerkers en heeft de volgende bevoegdheden en/of rechten: instemmingsbevoegdheden op veel facetten van het personeelsbeleid, adviesbevoegdheden bij belangrijke managementbeslissingen, informatierecht, initiatiefrecht en beroepsrecht (bevoegdheden zijn neergelegd in de WOR).

4.2.5 LEIDERS EN MANAGERS

Leiderschap is van alle tijden en onderwerp van vele geschriften, onderzoeken en opinies. Opvallend is dat in de literatuur zowel gesproken wordt over leidinggevendens als over managers. Het zijn twee verschillende functies die regelmatig door dezelfde persoon worden uitgevoerd. Van beide begrippen worden de volgende definities gegeven.

- 1 Leidinggeven is iedere poging tot beïnvloeden van het gedrag van een ander individu of een groep.
- 2 Management is het samen met en door middel van anderen werken, teneinde de doelstellingen van de onderneming of organisatie te realiseren.

Keuning en Eppink (2000) beschrijven dat aan opvattingen over leiderschap van oudsher zeer verschillende uitgangspunten ten grondslag liggen.^[3] Scientific management streeft sterk naar een hogere productiviteit en efficiency, en taakgericht leiderschap. Later werd de human resource-benadering geponereerd waarin een mensge-

richte benadering tot de beste resultaten leidt. Moderne benaderingen zien taak en mensgerichtheid niet als twee polen van een continuüm, maar als twee aparte dimensies. In de moderne benadering krijgen de relatie tussen leider en ondergeschikte en de stijl van leiderschap daarom veel aandacht.

Hersey heeft de mensgerichtheid van de participatieve stijlen en de taakgerichtheid van de autoritaire stijlen gecombineerd en daarmee de theorie van situationeel leiderschap ontwikkeld.^[7] Deze theorie is gebaseerd op drie pijlers, te weten taakgericht gedrag (sturing), relatiegericht gedrag (ondersteuning) en taakvolwassenheid (competentie). Taakgericht en relatiegericht gedrag kunnen voorkomen in vier verschillende combinaties (zie tabel 4.2). Dit resulteert vervolgens in vier leiderschapsstijlen. Een leidinggevende die een medewerker wil beïnvloeden, stemt zijn gedrag af op de bereidheid en de bekwaamheid van de medewerker voor een bepaalde taak. Medewerkers hebben bij wisselende taken wisselende bereidheid en bekwaamheid. Daarom is het flexibel kunnen hanteren van verschillende leiderschapsstijlen een voorwaarde voor effectief leiderschap.

Bij de stijl van instrueren (S₁) zegt de leidinggevende gedetailleerd wat er moet gebeuren en hoe het moet gebeuren. De leidinggevende ziet nauwlettend toe op de uitvoering van de taak. Deze wijze van leidinggeven is effectief bij vakinhoudelijk richting geven en goed te structureren opdrachten. Wanneer de medewerker agressief wordt bejegend en bevelen worden gegeven, wordt deze stijl ineffectief. Deze stijl is effectief wanneer de medewerker niet of nauwelijks bekwaam is, noch bereid (of onzeker).

De stijl van overtuigen (S₂) wordt gekenmerkt door het samen bespreken van het wat en hoe van de taak. Hierbij bepaalt de leidinggevende uiteindelijk zelf het hoe en bewaakt de uitvoering nauwlettend. Deze stijl wordt ineffectief bij manipuleren: wel vragen naar de inbreng van de ander, maar er niets mee doen. Deze stijl is wel effectief wanneer de medewerker bekwaam is, maar weinig bereidheid of zelfvertrouwen heeft.

Bij de stijl van overleggen (S₃) beslissen leidinggevende en medewerker samen hoe het werk zal worden uitgevoerd. De leidinggevende geeft daarbij leiding door vooral aandacht te besteden

Tabel 4.2 Overzicht competentie medewerker en de passende leiderschapstijl.^[9]

Competentieniveau	Stijl	Omschrijving
S1 Onbekwaam en niet bereid of onzeker	Veel sturing, weinig ondersteuning	Het geven van specifieke instructies en nauwlettend toezien op prestaties ('instrueren')
S2 Onbekwaam maar bereid of vol vertrouwen	Veel sturing, veel ondersteuning	Uitleg geven over genomen besluiten en gelegenheid geven tot het stellen van vragen ('overtuigen')
S3 Bekwaam maar niet bereid of onzeker	Veel ondersteuning, weinig sturing	Ideeen opperen en medewerkers helpen om besluiten te nemen ('overleggen')
S4 Bekwaam en bereid of met zelfvertrouwen	Weinig ondersteuning, weinig sturing	Overdragen van verantwoordelijkheid voor het nemen en uitvoeren van besluiten ('delegeren')

aan de relatie en door het geven van erkenning. Wanneer de leidinggevende kiest voor 'overlaten', wordt de medewerker toegestaan om, gegeven het wat, te beslissen over het hoe. De leidinggevende helpt de medewerker alleen op verzoek. Ineffectief overleggen is het bemoderen van de medewerker. Deze stijl is effectief in de toepassing wanneer de medewerker niet zo bekwaam, maar wel bereid is.

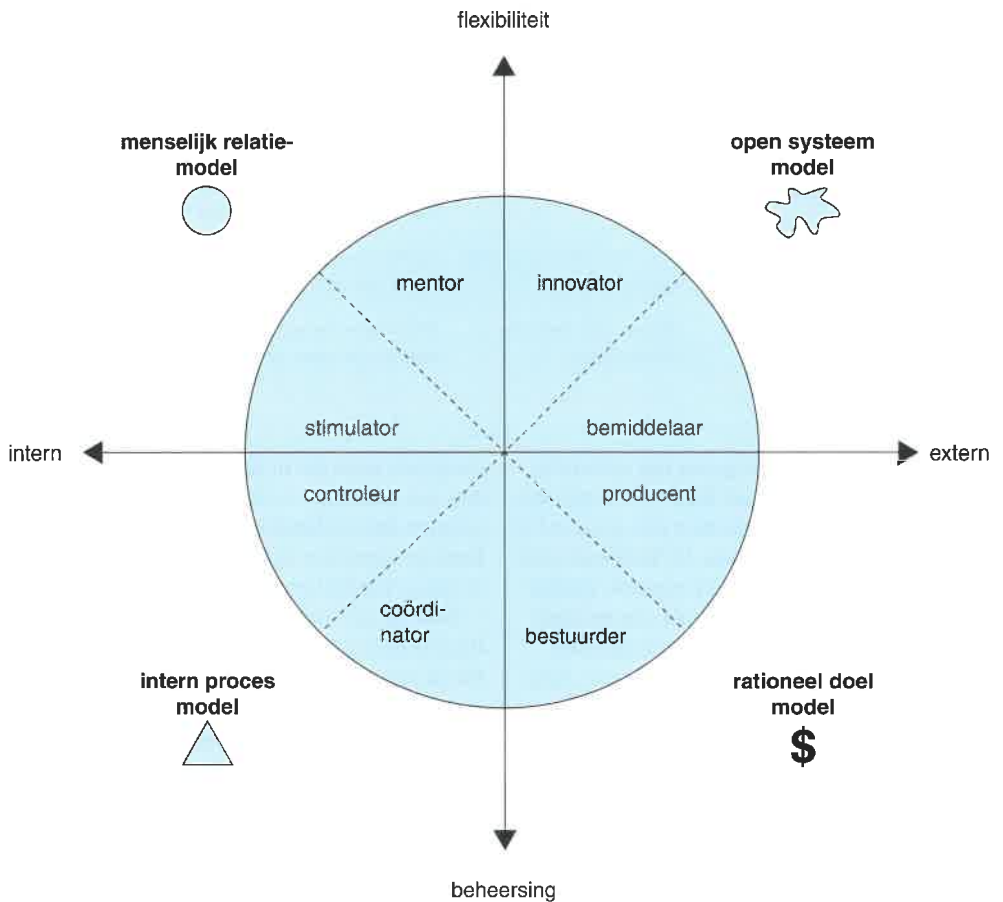
De stijl van delegeren (S4) is effectief toe te passen wanneer de leidinggevende voor zijn medewerker de voorwaarden kan scheppen die nodig zijn bij de uitvoering van de opdracht. De leidinggevende loopt hierbij wel de kans dat hij vervalt in een niet-effectieve laissez faire-stijl. Deze stijl is wel effectief wanneer de medewerker bekwaam en bereid is.

Leiderschap betreft een veelomvattend onderwerp. Een onderdeel ervan is het leidinggeven aan afdelingsteams. Het succes en falen van teams hangt grotendeels af van de mate waarin het ze lukt om het gemeenschappelijk doel om te zetten in specifieke werkdoelen. Een visie in combinatie met heldere doelen is wezenlijk voor de prestaties en het succes van het team. Een team moet zich verantwoordelijk voelen voor de resultaten en zich daarop aan laten spreken, niet alleen voor de individuele resultaten, maar ook die van het team als geheel. Hierbij speelt vertrouwen een belangrijke rol. Door diverse leiderschapstijlen te gebruiken, beïnvloeden de leidinggevendenden het functioneren van het team. Wanneer welke stijl wordt gebruikt, is afhankelijk van de medewerker en de situatie. Een succesvolle leidinggevende is in staat zijn/haar gedrag aan te passen aan de

specifieke eisen die in wisselende omstandigheden aan hem/haar worden gesteld. Quinn e.a. noemen acht leiderschapsrollen die managers kunnen aannemen in bepaalde omstandigheden in plaats van leiderschapstijlen (figuur 4.3).^[8]

Door de combinatie van de twee assen, flexibiliteit-beheersing en intern-extern, ontstaan vier kwadranten. Deze vier kwadranten bestaan ieder weer uit twee leiderschapsrollen. De manager kan hiermee verschillende accenten aangeven in de wijze van leidinggeven in de specifieke omstandigheden waarin de organisatie of afdeling zich bevindt. Door de combinatie van de soms conflicterende rollen kan de manager zich bekwamen tot veelzijdig manager. Van twee kwadranten van dit model wordt hier weergegeven wanneer gesproken kan worden van effectief leiderschap.

In het kwadrant 'rationeel doel model' zijn de hoofdactiviteiten van de bestuurdersrol: het vaststellen van de visie en richting, die helder, motiverend en uitdagend zijn. Het gaat om het ontwikkelen van een architectuur om die visie en richting in te voeren. Daarnaast is het van belang om de mensen in de organisatie in de gelegenheid te stellen en bevoegdheden te geven om die visie te realiseren. Voor deze activiteiten is het van belang om als katalysator voor actie op te treden. De combinatie van deze twee rollen veronderstelt een sterke oriëntatie op actie. Om in dit kwadrant een effectief leider te zijn, moet men onafhankelijk zijn, over een sterke wil beschikken en een visie hebben die anderen willen volgen. De combinatie van waarden als productiviteit en het duidelijk aangeven van richting zijn belangrijk in een organisatie, maar het is ook waardevol om werknemers te laten participeren in de beslissingen van



Figuur 4.3 De vaardigheden en leiderschapsrollen van Quinn e.a.^[8]

de directie (ibid). Evenals bij de andere kwadranten, is het van belang dat de modellen in evenwicht zijn met het tegenovergestelde kwadrant. In dit geval dienen de kwadranten 'rationeel doel model' en 'menselijk relatiemodel' in evenwicht te zijn.

De rollen binnen het 'open systeem model' sluiten duidelijk goed op elkaar aan: waar de innovator veranderingen en betere werkmethoden ziet, daar weet de bemiddelaar deze ideeën effectief te presenteren en te verkopen. In een organisatie heeft een goed idee alleen effect als de uitvoering ervan voordelen biedt. Om als effectief leider beschouwd te worden in de twee rollen binnen dit kwadrant, moet een manager beschikken over de complementaire vaardigheden om

gefundeerde inschattingen te maken en vervolgens anderen overtuigen.

4.2.6 ZE KUNNEN NIET ZONDER ELKAAR: MANAGERS, PROFESSIONALS EN ONDERSTEUNERS

Ter afronding van deze paragraaf is het van belang om een veelgenoemd spanningsveld in professionele zorgorganisaties nog eens expliciet aan de orde te stellen. In menige organisatie is er op gezette tijden spanning tussen het management en de professionals. Wederzijds leven er nogal eens vooroordelen en negatieve beelden die snel tot een karikatuurschets van elkaar kunnen leiden. Om er een paar te noemen: professionals zijn eigenwijs en altijd alleen maar met zichzelf en

hun eigen toko bezig; managers zijn bureaucraten, hebben geen verstand van de zorg, vergaderen alleen maar en bestuurders vullen alleen maar hun zakken; ondersteuners van bijvoorbeeld de financiële administratie, de technische en huishoudelijke dienst zijn domme en luie loonslaven zonder hart voor de zaak. Deze vooroordelen zijn niet alleen maar dom, maar ook ronduit improductief en zelfs schadelijk voor de organisatie en ieders werk daarbinnen. Taakdifferentiatie en taakspecialisatie hebben de mensheid bepaald geen windeieren gelegd, maar dan moet iedereen wel beseffen hoe groot de wederzijdse afhankelijkheden zijn om het totale zorgproces goed te laten verlopen en de gewenste resultaten voor onze cliënten of patiënten te realiseren. Je kan nog zo'n goede dokter zijn, maar als je moet werken in een vies gebouw, met verouderde of haperende apparatuur, ondeskundige verpleegkundigen en een slechte serviceverlening (van parkeren tot maaltijden, van logistiek tot beveiliging), dan bereik je toch echt suboptimale resultaten. In een OK-team moet ieder teamlid zijn uiterste best doen wil de operatie slagen, zonder complicaties. Een keeper zonder elftal houdt de nul niet en een dokter zonder team geneest geen patiënten. En andersom geldt het net zo goed: een directie zonder goede professionals en ondersteuners kan nog zulke mooie ambities opschrijven of rondvertellen, maar zonder dokters, paramedici, verzorgenden, technici en wat dies meer zij, is er geen primair proces en ontstaat geen resultaat. Managers, professionals en ondersteuners kunnen niet zonder elkaar.

4.3 Kwaliteitsbeleid

4.3.1 KWALITEITSSYSTEEM IS EEN WETTELIJKE VERPLICHTING

De Kwaliteitswet Zorginstellingen schrijft voor dat instellingen een kwaliteitssysteem moeten hebben en dat het systeem de kwaliteit van zorg moet bewaken, beheersen en verbeteren. In artikel 4 van deze wet staat dat de zorgaanbieder systematisch gegevens over de kwaliteit van zorg moet verzamelen en registreren om te toetsen in hoeverre verantwoorde zorg is verleend. Er bestaan inmiddels vele modellen, boeken en artikelen over kwaliteitssystemen, veel te veel om sa-

men te vatten in dit hoofdstuk. Welk kwaliteitssysteem een instelling ook kiest, de valkuil is steeds dat het systeem bureaucratisch en vervreemdend uitpakt, terwijl het juist de bedoeling is dat een goed kwaliteitssysteem leidt tot verbetering van zorg en tot een effectieve en efficiënte manier van zorgverlening. Bovendien staat een instelling steeds voor de uitdaging om het kwaliteitssysteem een verbinding te laten leggen tussen de kwaliteitseisen van verschillende in- en externe stakeholders. Denk daarbij niet alleen aan de professionele richtlijnen en standaarden van allerlei beroepsgroepen en disciplines, maar ook aan de eisen van de overheid en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (onder andere normen voor verantwoorde zorg), aan de wensen en behoeften van cliënten (hiervoor is de ontwikkeling van de CQ-index van belang) en aan de kwaliteitsindicatoren van stakeholders zoals de zorgverzekeraars en toezichthouders. Dat leidt gemakkelijk tot een bureaucratische stapeling van kwaliteitsindicatoren en allerlei verschillende verantwoordingslijstjes, waardoor de brancheorganisaties van zorgaanbieders, cliëntenorganisaties, financiers en overheidsorganen dus al enige tijd proberen om tot onderlinge overeenstemming te komen over een soort minimumset van kwaliteitsindicatoren. Het is de vraag of dat ooit zal lukken, want kwaliteit is en blijft een subjectief begrip dat wisselend gedefinieerd wordt vanuit de verschillende perspectieven van verschillende stakeholders of belanghebbenden.

4.3.2 DEFINITIES VAN KWALITEIT EN KWALITEITSSYSTEEM (ZIE OOK HOOFDSTUK 1)

De essentie van kwaliteit is in feite vrij eenvoudig: voldoen aan de verwachtingen van de klant bij het leveren van diensten. Concurrenten beseffen dit ook en proberen de verwachtingen van klanten te overtreffen en zo de concurrentie te slim af te zijn. Kwaliteit is daardoor geëvalueerd tot een strategisch middel om het marktaandeel te vergroten. Een bijkomend aspect van kwaliteit is de verlaging van kosten door beheersing van het proces, waardoor de productiviteit toeneemt. Doelmatigheid en logistiek sluipten daardoor in de definities van kwaliteit. In feite worden steeds meer managementbegrippen onder het begrip 'kwaliteit' met elkaar in relatie gebracht.

Kwaliteitszorg wordt steeds meer een bedrijfskundig managementsysteem, waarin de oorspronkelijke, aanbodgestuurde kern van kwaliteit van zorg (zorg die voldoet aan professionele standaarden) slechts een van de facetten is. In veel definities van kwaliteit zie je de veelzijdigheid van het begrip terug. Pogingen om kwaliteit van zorg te definiëren, leiden onvermijdelijk tot tautologische redeneringen waarbij het begrip 'kwaliteit' wordt vervangen door termen als 'goed', 'verantwoord' of 'best mogelijk'. De vraag is dan ook niet zo zeer wát kwaliteit van zorg is. We kunnen alleen zeggen hoe we het operationaliseren. Terugkerende aspecten zijn vaak effectiviteit, veiligheid, tijdigheid en vraaggerichtheid. Dat zien we terug in de definitie van kwaliteit in de Kwaliteitswet Zorginstellingen: 'De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.' In deze definitie worden de perspectieven van verschillende stakeholders gecombineerd, zoals die van professionals (doeltreffend), de financiers (doelmatig) en de cliënten (patiëntgerichtheid).

Voorts kunnen verschillende deelaspecten van kwaliteit worden onderscheiden. Bij kwaliteitsnormering ligt het accent op het bepalen en beschrijven van de input die de gezondheidszorg minimaal moet inzetten om het gewenste positieve effect op de gezondheid van de patiënt te verkrijgen. De kwaliteitsbevordering omvat het proces dat de uitvoering van de zorg daadwerkelijk op een gewenst niveau brengt of houdt. Bij kwaliteitsbewaking ligt de nadruk op het meten en beoordelen van de effecten van de zorgverlening. Bij dit alles zie je een verschuiving in de balans tussen in- en externe inspanningen, waarbij zelfbeoordeling door hulpverleners en instelling steeds verder wordt vervangen door externe beoordeling van kwaliteit en kwaliteitssystemen, bijvoorbeeld door de Inspectie, toezichhouders, cliëntenorganisaties of onafhankelijke organisaties.

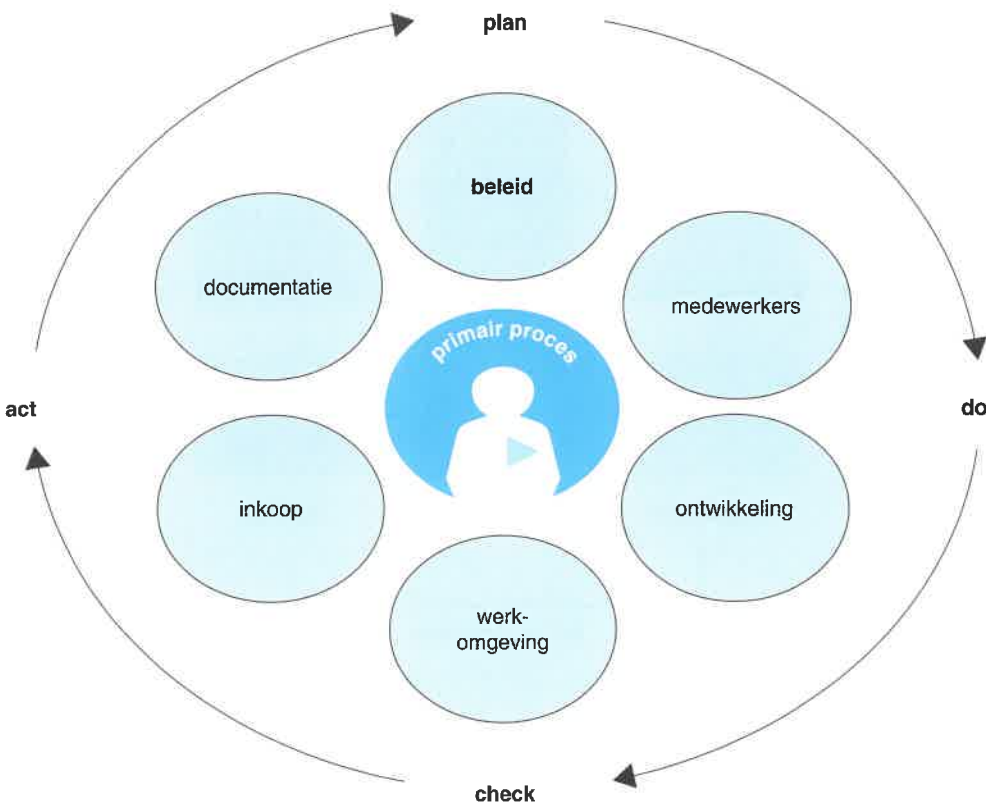
Een kwaliteitssysteem is een systematische vorm van kwaliteitszorg of kwaliteitsbeleid. NEN-ISO 9004 definieert als kwaliteitssysteem 'de organisatorische structuur, verantwoordelijkheden, procedures, processen en voorzieningen voor het

ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg'. Het gaat dus om een samenspel van maatregelen die worden genomen om kwaliteit te kunnen leveren, de voorwaarden waaronder dit gebeurt en de organisatie van het kwaliteitsbeleid binnen een instelling.

Er zijn verschillende kwaliteitssystemen.^[6] Het bekendst is de internationale ISO-serie van de International Organization of Standardization. De ISO-normen 9001, 9002 en 9003 zijn normen voor de borging van een systeem, waarbij de eerste zich richt op de ontwerpfase, de tweede op het productieproces en de derde op de inspectie van dat productieproces. ISO 9004 geeft richtlijnen voor het opzetten van een kwaliteitssysteem, met een aparte variant voor diensverlenende organisaties zoals de gezondheidszorg (ISO 9004.2). Als de organisatie voldoet aan deze normen, kan zij zich laten certificeren, dat wil zeggen laten beoordelen door een onafhankelijke instantie die nagaat of een instelling voldoet aan de geformuleerde normen of eisen. Voor de gezondheidszorg zijn er enkele te noemen. Zo accrediteert het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ) ziekenhuizen of onderdelen van ziekenhuizen (zoals het laboratorium). Verder heeft de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) het zogenaamde HKZ-keurmerk voor kwaliteitsmanagementsystemen in de gezondheidszorg ontwikkeld (gebaseerd op ISO-9001), vast te stellen door een onafhankelijke certificatie-instelling. Toetsing voor het HKZ-keurmerk is geen momentopname. Om het certificaat te behouden, laat een instelling zich jaarlijks extern en onafhankelijk toetsen. De HKZ-normen hebben betrekking op zowel de kwaliteit van het zorgproces als de organisatorische kwaliteit. Ze stellen eisen aan het primaire proces: intake/indicatie, de uitvoering van de diensten en evaluatie/nazorg. Daarnaast moeten ook de ondersteunende processen, zoals personeelsbeleid, diensten door derden et cetera, aan specifieke eisen voldoen. Het harmonisatiemodel (zie figuur 4.4) wordt bij de invulling van de normen als uitgangspunt genomen.

4.3.3 ENKELE VEELGEBRUIKTE KWALITEITSMODELLEN

Sinds begin jaren negentig van de vorige eeuw is naast de ISO-serie het model van Total Quality



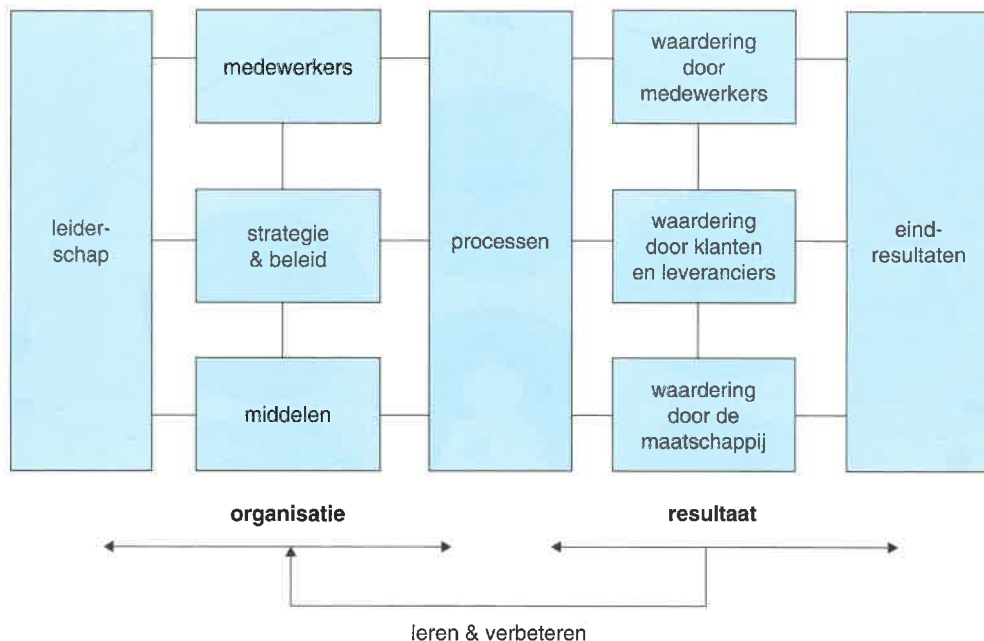
Figuur 4.4 Het HKZ-model voor certificering van kwaliteitssystemen.

Management (TQM) populair. Het TQM-model beoogt een integrale kwaliteitsaanpak, niet alleen voor de product- of proceskwaliteit, maar voor de kwaliteit van de hele organisatie, inclusief bijvoorbeeld het personeelsbeleid, de leiding, het beleid en de middelen. Bovendien kent het TQM-model een sterke oriëntatie op resultaten, prestaties of 'outcome'. Het klassieke ISO-model legt meer nadruk op proceskwaliteit. Het oudste voorbeeld van TQM-modellen is de Malcolm-Baldrige Award uit de Verenigde Staten. Op basis daarvan is later het EFQM-model ontwikkeld van de European Foundation for Quality Management, met als Nederlandse versie het INK-model van het Instituut Nederlandse Kwaliteit.

Het INK-managementmodel is een breed gebruikt managementmodel en is bedoeld voor organisaties om een zelfevaluatie uit te voeren. Vaak worden deze zelfevaluaties uitgevoerd door 'auditors' om daarmee een zo onafhankelijk moge-

lijk beeld van de organisatie te krijgen. Door middel van het INK-model wordt de volwassenheid van de organisatie bepaald en worden verbeterpunten geïdentificeerd. Het model helpt organisaties te focussen op de gebieden waar verbeteringen mogelijk zijn. Het INK-model heeft negen aandachtsgebieden, waarvan vijf voor de organisatie en vier voor de resultaten, en een feedbackloop om de resultaten te vertalen naar verbeteracties (zie figuur 4.5). De aandachtsgebieden, die allemaal met elkaar zijn verbonden, zijn gebaseerd op de veronderstelling dat de prestaties in de vier resultaatgebieden worden veroorzaakt door de aspecten in de vijf organisatiegebieden. Met andere woorden: is een organisatie goed in de organisatiegebieden, dan leidt dat tot goede prestaties. Voor het beoordelen van de organisatie, moeten we onszelf per onderdeel van elk aandachtsveld steeds vragen stellen die te maken hebben met: 'Wat doen we op dat punt

4



Figuur 4.5 Het INK-managementmodel.

nou precies?’ (Is het systematisch, gebaseerd op preventie in plaats van reactie?), ‘Wie doen dat?’ (Hebben we de juiste mensen wel de juiste verantwoordelijkheden en bevoegdheden gegeven?), ‘Hoe doen we dat?’ (Hebben we de hiertoe meest geëigende methoden, technieken en gereedschappen ingezet?), ‘Waarom doen wij dat zo?’ (Is het een gevolg van zorgvuldig plannen, van het beoordelen van situaties en het zoeken naar betere manieren om ze te doen?) en ‘Is dat de beste manier om dat te doen? (Op welke wijze zouden we kunnen zoeken naar verbeteringen in dit proces?)

Het invoeren en toepassen van een integraal model als het INK-model is vaak een omvangrijk project. Vanuit strategie en beleid worden de lijnen voor de komende tijd uitgezet en zoveel mogelijk meetbaar gemaakt. Belangrijk voordeel van het gebruik van de verschillende aandachtsvelden is dat bepaalde aandachtsvelden in een periode centraal kunnen worden gesteld en dat op die manier toch een beheersbaar veranderingsproces in gang wordt gezet, met na een aantal jaren een integraal systeem van kwaliteitszorg als resultaat. Leren en verbeteren is de basis van het model. Dat

is een goed uitgangspunt. Het betekent ook dat er nooit een einde komt aan het kwaliteitsproces.

Ruime ervaring met het INK-managementmodel heeft geleid tot een beeld van excellente organisaties. Organisaties die excelleren voldoen aan vijf kenmerken (zie kader). Ze worden door het INK tevens beschouwd als voorwaarden waaraan organisaties moeten voldoen om te kunnen excelleren.

Vijf kenmerken van excellente organisaties¹⁶⁾

1 Leiderschap met lef

De leiding bepaalt een uitdagende koers op basis van externe en interne informatie, draagt deze koers uit en luistert daarbij naar anderen, gaat consequenties – ook voor zichzelf – niet uit de weg, is integer en houdt vol.

2 Resultaatgerichtheid

De leiding stuurt op de toegevoegde waarde van alle inspanningen en houdt de verwachtingen en belangen van de verschillende groepen belanghebbenden van de organisatie

in de gaten. Resultaten van de organisatie worden vanuit het perspectief van de verschillende belanghebbenden gemeten. De leiding zorgt voor een balans tussen de uiteenlopende belangen en verwachtingen van deze groepen.

3 Continu verbeteren

Gemeten resultaten worden systematisch vergeleken met de van de visie afgeleide doelstellingen. Trends en afwijkingen worden geanalyseerd en leiden tot duurzame verbeteringen. De leiding stimuleert medewerkers om zich te verbeteren door middel van kennisuitwisseling en gezamenlijk leren.

4 Transparantie

Processen, hun onderlinge relaties en bijbehorende prestatie-indicatoren zijn beschreven en ook gecommuniceerd naar de belangrijkste doelgroepen. Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van ieder zijn bekend. Kosten en baten van diverse onderdelen zijn bekend en medewerkers kennen hun bijdrage aan het resultaat van de organisatie als geheel.

5 Samenwerking

Directie en personeel werken op een professionele manier samen, waarbij persoonlijke doelen en organisatiedoelen goed op elkaar zijn afgestemd. Er is geen sprake van bureaucratie. Het streven is om met partners te zoeken naar de voor ieder maximale toegevoegde waarde.

4.4 Organisaties in zorg, extern perspectief

4.4.1 SAMENWERKING ÉN CONCURRENTIE TEGELIJKERTIJD

De toenemende vergrijzing in absolute en relatieve zin, het toenemende aantal mensen met chronische ziekten en het steeds vaker voorkomen van comorbiditeit vragen om integrale zorgarrangementen, zonder scheidslijnen tussen hulpverleners, organisaties en financieringsbronnen.^[9] Initiatieven zoals *stroke service* (CVA-ketenzorg) en transmurale diabeteszorg demonstreren duidelijk dat integrale zorgprogramma's alle

compartimenten van ons zorgstelsel doorsnijden. Dat vergt geheel nieuwe verbindingen in beleid, uitvoering, structurering en financiering van zorgarrangementen. Ketenzorg vergt ook een nieuwe oriëntatie op innovatie zelf, want tot nu toe ontstaan veel innovatie-initiatieven vooral aan de aanbodzijde, aangezwengeld door geïnspireerde bestuurders, managers en professionals met klinisch leiderschap. Maar we staan nog slechts aan het begin van de omslag naar vraag- en resultaatgerichte dienstverlening, waarin service aan de klant centraal staat en de nieuwe vormen van keten- of netwerkzorg veel meer in interactie en dialoog met cliënten(groepen) tot standkomen. Het klinkt simpel, maar in de praktijk blijkt het zeer moeilijk om dit mensenwerk professioneel te ontwikkelen, te (bege)leiden, transparant te maken en op resultaat en doelmatigheid te verantwoorden.

Zo ver zijn we nog niet en we lopen ook aan tegen de huidige kaders. Onderliggend is er een meer fundamentele paradigmastrijd gaande tussen samenwerking en concurrentie. Op het niveau van het zorgstelsel als geheel is de vraag of de zorg wel een echte markt is waar vraag en aanbod bij elkaar komen als patiënten mondige klanten worden en aanbieders om hun gunsten dingen door onderlinge concurrentie op grond van de beste verhouding tussen prijs en kwaliteit, de beste service en de beste zorgverleners. Maar ook op het microniveau van de individuele professional strijden samenwerking en concurrentie om voorrang. Als professional probeer je beter te worden en te blijven dan de 'peers' door competitie om goed onderzoek, mooie publicaties, betere apparatuur en een ideale(re) werkomgeving. Maar als superspecialist concentreer je je op een steeds kleiner stukje waar je steeds beter in wordt, maar dat stukje is maar een onderdeel van de hele puzzel die moet worden gelegd om een goedlopend zorgproces voor patiënten te realiseren. Dan kun je domweg niet zonder samenwerking met anderen. En dat vergt weer heel andere vaardigheden, zoals luisteren, open vragen stellen, jezelf openstellen voor andere gezichtspunten, feedback geven en ontvangen en een gezamenlijke koers uitzetten. Zie daar de opgave: generieke vaardigheden om een gezamenlijk doel te bereiken moeten worden gekoppeld aan specialistische inbreng die de onderdelen optimaal vorm geeft,

waarbij het team door samenwerking de puzzel compleet maakt. Kleine bijkomstigheid: de samenstelling van het team wisselt voortdurend, net als de puzzel zelf en de stukjes daarbinnen, in een context of omgeving die ook bepaald dynamisch is. Het is eigenlijk een tovenaarskunst dat het zo vaak goed gaat in de zorg!

4.4.2 VORMEN VAN SAMENWERKING: TRANSMURALE KETENS EN NETWERKEN

Terwijl in het begin van de jaren negentig van de vorige eeuw het modewoord ‘transmurale zorg’ was, rees aan het eind van dat decennium de belangstelling voor ‘ketenzorg’ en zijn meer recentelijk vooral begrippen als ‘disease management’ in zwang. Als we de vele ontwikkelingen proberen te typeren, zijn er wellicht drie onderling samenhangende lijnen in de ontwikkeling van integrale zorg te onderscheiden.^[9]

- De meer logistiek georiënteerde vormen van ketenzorg rondom specifieke ziektebeelden zoals beroerte, orthopedie, depressie en COPD, waarin een zekere volgtijdelijkheid van acties van elkaar opvolgende hulpverleners is te onderscheiden in een soort estafettemodel.
- Rondom bepaalde chronische, meestal progressief verlopende ziektebeelden zijn er hecht gecoördineerde netwerkstructuren via disease management in ontwikkeling, bijvoorbeeld bij diabeteszorg of dementie en in de jeugdzorg of de verslavingszorg.
- Er zijn meer diffuse netwerken te onderscheiden op het snijvlak van wonen, zorg en welzijn, gericht op algemenere vermaatschappelijking of levensloopbestendigheid, bijvoorbeeld voor kwetsbare ouderen of in de gehandicaptenzorg.

Dergelijke typologieën zijn nog niet uitgekristalliseerd, maar wel is duidelijk dat bij de verschillende types van integrale zorgverlening ook verschillende interactiepatronen, spelregels en (coördinatie-)mechanismen spelen tussen de cliënten en de hulpverleners, tussen de hulpverleners onderling en tussen de hulpverleners en het management (zie kader).

Fasen in de samenwerking rondom een patiëntsituatie⁽¹⁰⁾

Fase 0: hulpverleners weten van elkaar dat ze actief zijn bij die patiënt, maar er vindt verder geen afstemming plaats.

Fase 1: hulpverleners gaan met elkaar in gesprek en informeren elkaar vrijblijvend over de aanpak.

Fase 2: hulpverleners gaan met elkaar in gesprek en proberen de aanpak op elkaar af te stemmen.

Fase 3: hulpverleners maken samen afspraken over de zorgverlening voor de cliënt (één plan).

Fase 4: ze maken samen afspraken over de zorgverlening aan de cliënt (één plan). Het is voor de patiënt en de hulpverleners niet nodig een coördinator aan te wijzen.

Fase 5: ze maken samen afspraken over de zorgverlening aan de cliënt (één plan) en één van de hulpverleners treedt op als contact-/vertrouwenspersoon, coördineert en bewaakt het afgesproken plan en spreekt andere zorgverleners zo nodig aan op verantwoordelijkheden.

De eigen rol en sturingsmogelijkheden van de cliënt zelf variëren ook per type zorgproces, zodat ook hier geen simpele en algemeen geldende blauwdrukken voor bijvoorbeeld zelfmanagement zijn te benoemen. Dit alles voltrekt zich bovendien tegen een achtergrond van fundamentele maatschappelijke ontwikkelingen zoals een toegenomen mondigheid en keuzevrijheid van burgers, een toenemende nadruk op prestaties en einduitkomsten in termen van kwaliteit van leven in plaats van op structuren en processen gericht, maar ook ontwikkelingen als een grotere sensitiviteit voor veiligheid en toezicht, marktwerking en internationalisering van de gezondheidszorg. Integrale zorg dient dus vele heren.

4.4.3 INHOUDELIJKE ASPECTEN VAN SAMENWERKING: DE ZORGSTANDAARD

Veel onderwerpen die eerder in dit hoofdstuk zijn besproken, gelden niet alleen binnen organisaties, maar ook tussen organisaties die samenwerken. De complexiteit wordt daarbij nog een graadje hoger, omdat allerlei verschillen tussen organisaties moeten worden overbrugd. Besluitvorming in de ene organisatie kan veel formeler en hiërarchischer verlopen dan in een andere organisatie, de structuren en bekostigingssystemen verschillen vaak tussen organisaties en vaak vallen ze onder uiteenlopende wetten, regels en kaders. Om dit te illustreren, nemen we als voorbeeld de zorg voor CVA-patiënten (zie kader).

Samenwerking in de CVA-keten

Als organisaties in een regio willen samenwerken om samen CVA-ketenzorg op te zetten, zijn daarbij veel organisaties en disciplines betrokken. In de acute fase gaat het bijvoorbeeld om de huisarts of het gezondheidscentrum waar het eerste alarm van de patiënt of diens omgeving binnenkomt, waarna de ambulance moet komen om de patiënt zo snel mogelijk bij de spoedeisende hulp van het ziekenhuis te brengen. Daar gaan SEH-artsen, neurologen, internisten, anesthesiologen en IC-verpleegkundigen zo snel mogelijk aan de slag om de schade van de beroerte zo klein mogelijk te houden. Als de patiënt na enige tijd stabiel is, begint de revalidatiefase. Eerst op een speciale 'stroke unit' in het ziekenhuis, met revalidatiearts, diverse paramedici en verpleegkundigen. Dan volgt zo snel mogelijk overplaatsing naar een revalidatiecentrum of verpleeghuis met een speciale revalidatieafdeling voor CVA-patiënten. Ook daar zijn weer allerlei disciplines, zoals verpleeghuisarts, ergo- en fysiotherapeuten betrokken bij de revalidatie. Gemiddeld duurt de revalidatiefase drie à vier maanden, daarna komt de chronische fase in beeld. Afhankelijk van de mate van herstel, restvermogens en leeftijd, gaat de patiënt naar een verblijfsafdeling van het verpleeghuis, naar een verzorgingshuis of terug naar huis. Daar komt dan vaak verzorging en verpleging vanuit een thuiszorgorganisatie bij kijken, de huisarts is weer medisch eindverantwoordelijke en meestal zijn er hulpmidde-

len zoals een rollator of aanpassingen in het huis nodig. En daarvoor komen weer andere instanties in beeld, zoals de gemeente in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). In het hele verloop van de acute via de revalidatie- naar de chronische eindfase wisselt ook nog de verzekeringskant: van curatieve ziekenhuiszorg via de zorgverzekering, naar langdurige AWBZ-zorg (waaronder ook de revalidatie en de verpleging en verzorging vallen) en/of de Wmo (huishoudelijke hulp, mantelzorgondersteuning, hulpmiddelen).

Hoe steken bij dit voorbeeld de inhoudelijke, organisatorische en juridische aspecten in elkaar? Inhoudelijk ontwikkelen de diverse disciplines vaak richtlijnen voor het handelen. Zo zijn er specifieke richtlijnen voor het toepassen van trombolysie in de acute fase, speciale richtlijnen voor evidence-based revalidatie en hebben verpleegkundigen speciale standaarden voor methodisch-technisch handelen. Iedere schakeltje heeft zijn eigen richtlijnen, vaak ontwikkeld door een nationale beroepsvereniging of wetenschappelijke vereniging. De kunst bij ketenzorg is echter om over al die schakeltjes heen ook met elkaar inhoudelijke afspraken te maken over de hele keten. Het moet bij de patiënt overkomen als een goed gestroomlijnd, duidelijk en eenduidig werkproces, waarin de betrokken hulpverleners onderling goed afstemmen. Zij hebben duidelijke afspraken gemaakt over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden in de zorgverlening aan de cliënt, geven elkaar vanzelfsprekend alle benodigde gegevens via een keteninformatiesysteem, liefst in een geïntegreerd cliëntdossier, en zijn heel precies en expliciet in de onderlinge overdracht van informatie, taken en verantwoordelijkheden. Denk ook aan ketenafspraken over preventie, ondersteuning van mantelzorg en dergelijke.

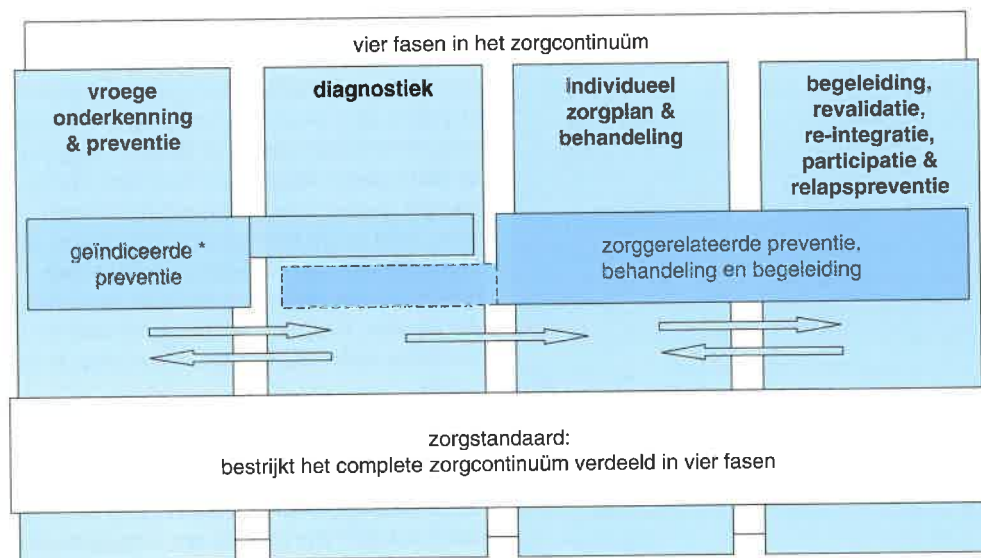
De bundeling van disciplinegewijze richtlijnen tot samenhangende ketenafspraken noemt men een (multidisciplinaire) 'zorgstandaard' (zie ook hoofdstuk 2).^[1] Het doel van een zorgstandaard is het bevorderen van optimale multidisciplinaire zorg voor mensen met een chronische ziekte. Er bestaan inmiddels zorgstandaarden voor diabe-

tes, vasculair risicomanagement en COPD; in ontwikkeling zijn zorgstandaarden voor hartfalen, depressie, CVA, kwetsbare ouderen en dementie. De ontwikkeling hiervan wordt op nationaal niveau gecoördineerd door ZonMw en het Coördinatieplatform Zorgstandaarden. Zij definiëren een zorgstandaard als volgt: 'Een zorgstandaard geeft vanuit het patiëntenperspectief een op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele preventie en zorg, ook inhoudende de ondersteuning bij zelfmanagement, voor een bepaalde chronische ziekte gedurende het complete zorgcontinuüm, alsmede een beschrijving van de organisatie van de betreffende preventie en zorg en de relevante kwaliteitsindicatoren.' In figuur 4.6 is de zorgstandaard en de reikwijdte daarvan schematisch weergegeven.

Een zorgstandaard vormt het raamwerk voor de behandeling van mensen met een bepaalde aandoening. Hij beschrijft de norm waaraan goede zorg voor een bepaalde aandoening moet voldoen, zowel procesmatig als zorginhoudelijk. De basis voor een zorgstandaard zijn richtlijnen, wetgeving en het patiëntenperspectief. De zorgstandaard beschrijft uit functioneel oogpunt de minimale vereisten voor goede zorg. Het is geen blauwdruk en kan dan ook vertaald worden naar

een individueel behandelplan. De zorgstandaard is hiermee richtinggevend voor de organisatie, kwaliteitsbewaking – geeft handvatten voor indicatoren – en bekostiging van de zorg. Hij beperkt zich dus niet tot de inhoud van de zorg (inclusief de rol van de patiënt), maar richt zich ook op de organisatiestructuur van het zorgproces (de ketenorganisatie) en de bijbehorende kwaliteitsindicatoren.

Als de zorgstandaard wordt gehanteerd als basis voor het inkopen van de hele zorgketen door een zorgverzekeraar, spreekt men van 'integrale bekostiging'. Integrale bekostiging houdt in dat een hoofdcontractant met de verzekeraars een vaste prijs afspreekt en kwaliteitsafspraken maakt op basis van de zorgstandaard voor de gehele behandeling van de populatie patiënten met de betreffende aandoening voor een kalenderjaar. Op deze manier zullen alle voor de zorg relevante zorgverleners samenwerken om zo goed mogelijk zorg te bieden aan de patiënt. De hoofdcontractant is de coördinator en die ontvangt het gehele bedrag voor het hele behandelpakket en -traject. Het is de taak van deze coördinator om goede afspraken met de zorgverleners te maken over de inzet voor de behandeling van de betreffende patiëntengroep, met daarbij tevens afspraken over de vergoeding van de diensten van de



Figuur 4.6 Zorgstandaard in schema (Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2010).

zorgverleners die bij de zorg betrokken zijn. Door de integrale bekostiging worden bestaande drempels in de financiering weggenomen en wordt de samenwerking tussen zorgverleners rond het probleem van de patiënt bevorderd door het toepassen van de zorgstandaard. Dit is een goede ontwikkeling, want de heel uiteenlopende wijzen van financiering van allerlei onderdelen van de zorg die moeten samenkomen in ketenzorg is een van de belangrijkste knelpunten voor het maken van afstemmingsafspraken in de praktijk. Naast een goede financiering is het belangrijk dat er ook een gedeelde visie op zorg en het delen van verantwoordelijkheden is.

4.4.4 TAAKHerschIKKING EN VERANTWOORDELIJKHEID

De organisatie van de zorg is in de afgelopen jaren enorm veranderd. De hiervoor besproken ontwikkeling van multidisciplinaire ketenzorg en zorgstandaarden voor chronisch zieken zijn daarvan sprekende voorbeelden. Bij zulke innovaties worden ook de taken van artsen verschoven naar en gedelegeerd aan assistenten, praktijkondersteuners, verpleegkundigen, nurse practitioners en physician assistants. Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen. Veel voorspelbare en routinematige medische handelingen die nu door artsen worden uitgevoerd, kunnen goed door speciaal hiervoor opgeleide andere beroepsbeoefenaren worden verricht. In de diabeteszorg bijvoorbeeld is taakherschikking al ver gevorderd. Steeds vaker zijn bij de zorg voor een patiënt meerdere hulpverleners betrokken. De overheid stimuleert taakherschikking om de zorg toegankelijker en beter beschikbaar te maken, maar ziet het ook als een mogelijkheid om de door vergrijzing toeneemende zorgvraag het hoofd te kunnen bieden. Ketenzorg en multidisciplinaire samenwerking hebben op grote schaal hun intrede gedaan. Dat heeft de kwaliteit en de effectiviteit van de zorg aanzienlijk verbeterd. Deze ontwikkeling verloopt echter niet probleemloos. Samenwerking tussen hulpverleners veronderstelt dat zij goed met elkaar overleggen en communiceren, en dat er heldere afspraken zijn over wie waarvoor verantwoordelijk is. In de praktijk doen zich daarbij nog veel problemen voor. De wet stelt echter eisen aan het delegeren van taken. De eerder besproken

Wet BIG stelt bijvoorbeeld dat de arts aan een titelgerechtigde (mits bekwaam) opdracht mag geven voor het uitvoeren van een voorbehouden handeling. De wet stelt eisen aan een arts die voorbehouden handelingen door anderen wil laten uitvoeren. Zo moet hij zich overtuigen van de bekwaamheid van de ander, moeten toezicht en tussenkomst mogelijk zijn en moeten indien nodig aanwijzingen worden gegeven. Een aantal voorbehouden handelingen is echter buiten de Wet BIG geregeld. Zo is het voorschrijven van medicijnen voorbehouden aan artsen en geregeld in de nieuwe Geneesmiddelenwet (sinds april 2006). Hierin is bepaald dat artsen, tandartsen en verloskundigen bevoegd zijn tot het voorschrijven van geneesmiddelen. Nieuw in de wet is dat de groep verpleegkundigen aan dit rijtje is toegevoegd, met een aantal beperkingen (diagnose door een arts, navolgen van medische protocollen en standaarden, grenzen van het deskundigheidsgebied).

Het is de verantwoordelijkheid van artsen, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals zoals de 'physician assistant' om eventuele risico's die door taakherschikking kunnen ontstaan te beperken. Protocollering van taken, supervisie en casusbesprekingen zijn hiervoor geschikte methodes. Daarnaast zal elke instelling heldere afspraken moeten maken met de betrokken professionals over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden. De KNMG (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) heeft daarvoor begin 2010 een brede Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg opgesteld.^[10] Aan de hand daarvan kunnen zorgverleners zorgbreed afspraken maken over de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling. Bij deze handreiking is een beknopte checklist met dertien aandachtsgebieden geformuleerd. Het eerste aandachtspunt mag niet onvermeld blijven: 'Voor de cliënt is te allen tijde duidelijk wie van de betrokken zorgverleners het aanspreekpunt is voor vragen van de cliënt of diens vertegenwoordiger, wie de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de cliënt en wie belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de cliënt (zorgcoördinator). Het is van belang dat deze drie taken over zo weinig mogelijk zorgverleners worden verdeeld. Zo mogelijk zijn deze taken in

één hand belegd.' Ook behoren bij samenwerking afspraken te worden gemaakt over een actueel zorg- of behandelplan, informatie-uitwisseling tussen betrokken hulpverleners, gezamenlijke dossiervoering, de verdeling én goede overdracht van taken en verantwoordelijkheden, het tijdig doorverwijzen naar andere zorgverleners en het creëren van momenten voor overleg en evaluatie.

Een goede samenwerking tussen zorgverleners

is van groot belang, maar roept ook nieuwe vragen en problemen op. Zo zal er een duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling moeten zijn en is het noodzakelijk dat de betreffende zorgverleners met elkaar communiceren en hun werkzaamheden en informatie onderling afstemmen. Dat zijn belangrijke randvoorwaarden voor het bieden van verantwoorde zorg.

Kernpunten

- De vele voorzieningen zijn op verschillende manieren te ordenen; de momenteel meest gebruikte ordening is die naar 'compartimenten' en 'lijnen'.
- Elk compartiment heeft zijn eigen hoofdwet en zijn eigen subsysteem van partijen, met elk hun eigen rollen en verantwoordelijkheden.
- De gezondheidszorg wordt steeds meer als een economisch goed met een eigen markt gezien, met eigen toezicht, regels voor mededinging, concurrentie en samenwerking en sancties tegen misbruik van economische machtspositie.
- Kwaliteit is een kwestie van organiseren op allerlei niveaus. Kwaliteit van zorg ontstaat niet alleen in het directe zorgproces, maar wordt beïnvloed door talrijke (f)actoren op verschillende niveaus binnen en tussen organisaties in het gehele zorgstelsel.
- Het besturen van een organisatie vereist samenhang op strategisch, tactisch en operationeel niveau, onder andere door een jaarplancyclus en een kwaliteitssysteem dat resultaten koppelt aan mensen, middelen en processen.
- Professionals, ondersteuners en managers hebben elkaar nodig om goede kwaliteit van zorg te leveren en daarover een goed inzicht te geven aan de omgeving van stakeholders.
- Excellerende organisaties kenmerken zich door goed leiderschap, resultaatgerichtheid, continu verbeteren, transparantie en samenwerking.
- Er zijn vele wetten die de kwaliteit van zorg reguleren; de rechten van patiënten worden daarin steeds belangrijker (met als meest recente voorbeeld de Wet Cliëntenrechten Zorg).
- Een zorgstandaard is een moderne manier om vanuit patiëntenperspectief te komen tot multidisciplinaire integrale zorg voor mensen met een chronische ziekte, zoals diabetes of COPD; hieraan wordt ook steeds meer de financiering van zorg gekoppeld (integrale bekostiging).
- De hiertoe benodigde samenwerking tussen disciplines en organisaties kent vele aandachtspunten, waaronder de verdeling en overdracht van taken en verantwoordelijkheden, informatie-uitwisseling, gezamenlijke dossiervoering, goede communicatie en feedback.

Literatuur

- 1 Boot JM, Knapen MHJM. De Nederlandse gezondheidszorg. 11de druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.
- 2 Hermans HEGH, Buijsen MAJM. Recht en gezondheidszorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2006.
- 3 Keuning D, Eppink DJ. Management & Organisatie; theorie en toepassing. 9de druk. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers, 2008.
- 4 Waterman RH, Peters TJ, Phillips JR. Structure is not organization. Business Horizon June 1980:14-26.
- 5 Nieuwenhuis MA. The art of management (the-art.nl). Zeist, 2008.
- 6 Hardjono TW, Bakker RJM. Management van processen. 3de druk. Deventer/Alphen aan den Rijn: Kluwer, 2006.
- 7 Hersey P. Situationeel leidinggeven: Een op de praktijk gericht model om flexibel te kunnen inspelen op wisselende omstandigheden. Derde druk. Utrecht/Antwerpen: L.J. Veen BV, 1989.

Patiëntveiligheid

C. Wagner

Samenvatting

Patiëntveiligheid is een belangrijk onderdeel van het professioneel handelen van zorgverleners. Heel veel zorg is van uitstekende kwaliteit, maar op onderdelen kunnen nog duidelijk verbeteringen worden bereikt. Onveilige zorg in de vorm van incidenten en complicaties leidt tot onbedoelde schade bij 6% van de in het ziekenhuis opgenomen patiënten. Cognitieve beperkingen, onvoldoende tegen fouten beschermende barrières vanuit de omgeving, miscommunicatie, onvoldoende (goed opgeleid) personeel, problemen rond apparatuur en een 'laissez faire'-cultuur zijn veelvoorkomende oorzaken. Melden, registreren en analyseren van incidenten en complicaties kan helpen bij het formuleren en uitvoeren van preventieve acties. Voorbeelden hiervan zijn gestandaardiseerde communicatie en teamtraining. De nieuwe verbeterinitiatieven die op grote schaal door zorgverleners worden ingezet, laten zien dat zorgverleners het belang ervan onderschrijven en gemotiveerd zijn de zorg continu te verbeteren.

Leerdoelen

Na bestudering van dit hoofdstuk is de lezer in staat:

- het algemeen begrippenkader rond patiëntveiligheid te definiëren;
- de aard, ernst en omvang van zorggerelateerde schade aan te geven;
- de mate waarin menselijke beperkingen van invloed zijn op het ontstaan van fouten te beschrijven;
- organisatorische tekortkomingen als bron van fouten te benoemen;
- de invloed van de beroepshierarchie en veiligheidscultuur (openheid) op patiëntveiligheid te begrijpen;
- verbeteringsmogelijkheden en -methodieken te benoemen.

en ziektes, er zijn uiteenlopende technologische mogelijkheden die de diagnostiek en behandeling ondersteunen, met als positief gevolg dat steeds meer mensen ook op steeds hogere leeftijd een trauma of ziekte overleven en veelal weer hersteld het ziekenhuis kunnen verlaten. Desondanks is uit onderzoek gebleken dat de patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg nog verder verbeterd kunnen worden. Veel initiatieven zijn hiervoor reeds ontwikkeld en maken deel uit van het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroepen en zorginstellingen.

Hierbij weerspiegelt patiëntveilige zorg het minimum en geeft kwaliteit van zorg, uitgedrukt als verantwoorde zorg die doelmatig, doeltreffend en patiëntgericht is, meer het optimum aan. De laatste jaren vragen burgers, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en zorgverzekeraars nadrukkelijker om transparantie en verantwoordingsbereidheid bij zorginstellingen en zelfstandig werkende zorgverleners. Het beschikken over een certificaat of accreditatie blijkt niet altijd voldoende garantie te bieden voor patiëntveilige zorg. Op grote schaal zijn in diverse sectoren van

5.1 Inleiding

De mogelijkheden van artsen en ziekenhuizen zijn in de afgelopen decennia enorm toegenomen. We kennen experts voor de meeste aandoeningen

5

de gezondheidszorg derhalve landelijke verbeterprogramma's geïnitieerd.

Dit hoofdstuk zal in eerste instantie ingaan op de patiëntveiligheid in ziekenhuizen, omdat daarover de meeste kennis aanwezig is. Voor zover informatie vanuit andere sectoren beschikbaar is, zal die eveneens genoemd worden. De aan het eind van het hoofdstuk beschreven verbetermethodieken kunnen in principe in alle zorgsectoren worden toegepast.

5.2 Begrippenkader

De meest gebruikte begrippen in het kader van patiëntveiligheid zijn incident, onbedoelde zorggerelateerde schade en complicatie. In de publieksmedia wordt voor het gemak vaak gesproken over 'medische missers', waarbij ook gesuggereerd wordt dat het om menselijke fouten gaat die voorkomen hadden kunnen worden. Dit is lang niet altijd het geval, zoals verderop in dit hoofdstuk duidelijk zal worden.

Het begrippenkader patiëntveiligheid (zie kader) is in 2005 ontwikkeld tijdens een consensusprocedure met een groep experts uit alle geledingen van de (curatieve) gezondheidszorg.^[1]

Begrippenkader patiëntveiligheid

Patiëntveiligheid

Het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk/psychisch) die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem.

Incident

Een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) zou kunnen gaan leiden.

Onbedoelde (zorggerelateerde) schade

Een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het (niet) handelen van een zorgverlener en/of door het zorgsysteem met schade voor de patiënt, zodanig ernstig dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperking dan wel overlijden van de patiënt.

Schade

Een nadeel voor de patiënt dat door zijn ernst leidt tot verlenging of verzwaring van de behandeling, tijdelijk of blijvend lichamelijk, psychisch en/of sociaal functieverlies, of tot overlijden.

Vermijdbare zorggerelateerde schade

Een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het onvoldoende handelen volgens de professionele standaard en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem met schade voor de patiënt, zodanig ernstig dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperking dan wel overlijden van de patiënt.

Professionele standaard

De beste manier van handelen in een specifieke situatie met inachtneming van recente inzichten en evidence, zoals neergelegd in richtlijnen en protocollen van de beroepsgroep, dan wel het handelen zoals van een gemiddeld ervaren en bekwame beroepsgeenoot in gelijke omstandigheden mag worden verwacht.

Vermijdbaar

Een incident is achteraf gezien vermijdbaar als na systematische analyse van de gebeurtenis(sen) blijkt dat bepaalde maatregelen een incident hadden kunnen voorkomen.

Bewust genomen risico ('calculated risk')

Een door de hulpverlener goed afgewogen risico of ingecalculeerd neveneffect van een behandeling waarvan de ernst van de schade of de kans op het ontstaan daarvan opweegt tegen het beoogde effect van de behandeling.

Complicatie

Een onbedoelde en ongewenste uitkomst tijdens of volgend op medisch handelen, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het medisch (be)handelen noodzakelijk is, dan wel dat er sprake is van onherstelbare schade. Niet van belang is het resultaat van de feitelijke medisch-specialistische behandeling, de waarschijnlijkheid van de complicatie en de eventuele aan- of afwezigheid van schuld.

Fout

Het niet (goed) uitvoeren van een geplande actie (fout in de uitvoering) of het toepassen van een verkeerd plan om het doel te bereiken (fout in de planning).

Wagner en van der Wal, 2005^[1]

patiënt toegebrachte schade zodanig ernstig is dat er sprake is van een tijdelijke of permanente beperking en/of een verlengd verblijf of overlijden. Bij zeer ernstige schade of overlijden kan worden gesproken van een calamiteit.

Voorbeelden van onbedoelde en vermijdbare schade zijn weergegeven in het kader.

PATIËNTVEILIGHEID

Bij patiëntveiligheid gaat het om het ontbreken van schade aan de patiënt, die veroorzaakt is door de zorg. Dit in tegenstelling tot schade en beperkingen die het gevolg zijn van de onderliggende ziekte.

COMPLICATIE

Een complicatie is een onbedoelde uitkomst die dusdanig ernstig is dat de zorgverlener zijn handelen moet aanpassen. Een nadere analyse is nodig om de oorzaak van de complicatie te achterhalen. De reden voor een waardevrije definitie is van epidemiologisch-registratieve aard. Tijdens het optreden van de onbedoelde uitkomst is immers (vaak) nog niet duidelijk wat de oorzaak is. Een complicatie kan het gevolg zijn van een onbedoelde gebeurtenis, maar ook van een bewust genomen en aan de behandeling gerelateerd risico of ingecalculiseerd neveneffect (calculated risk). In sommige situaties gaat het om een onvoorziene reactie van de patiënt of speelt de onderliggende ziekte een rol.

ZORGERELATEERDE SCHADE

Zorggerelateerde schade kan gezien worden als een verbijzondering van het begrip complicatie. De onbedoelde uitkomst is veroorzaakt door de zorgverlening, dat wil zeggen door het onvolgende volgen van de professionele standaard of door tekortkomingen in het zorgsysteem. Dit wil niet zeggen dat alle zorggerelateerde schade vermijdbaar is. Zorggerelateerde schade is achteraf gezien vermijdbaar als na systematische analyse van de gebeurtenis(sen) blijkt dat bepaalde maatregelen de onbedoelde uitkomst hadden kunnen voorkomen. In het algemeen wordt pas van zorggerelateerde schade gesproken als de aan de

Voorbeelden van onbedoelde en vermijdbare schade*Zorggerelateerde schade, maar niet vermijdbaar*

- Een patiënt raakt in shock door een allergische reactie op een medicijn. Het was vooraf niet bekend dat de patiënt voor dat middel allergisch was.
- Bloeding na een operatie, waardoor de patiënt opnieuw geopereerd moet worden.
- Urineweginfectie bij geïndiceerde blaaskatheter (heupfractuur), waarvoor antibioticatoediening maar uiteindelijk overlijden.

Vermijdbare zorggerelateerde schade

- Gemiste diagnose naadiekkage na buikoperatie, waardoor sepsis en overlijden.
- Spinale anesthesie bij onbehandelde, ernstige hypertensie, waardoor hypoxische hersenschade en overlijden.

Complicatie

- Patiënt met heupfractuur, 85 jaar, conservatieve behandeling, krijgt na opname hartinfarct.

Toelichting: er is geen sprake van zorggerelateerde schade omdat het hartinfarct zeer waarschijnlijk onafhankelijk van de behandeling van de heupfractuur is opgetreden. Het is dus niet gerelateerd aan de verleende zorg tijdens de opname.

Bron: Wagner e.a., 2008^[2]

INCIDENT

Incidenten zijn onbedoelde gebeurtenissen tijdens het zorgproces, die soms wel en soms geen gevolgen hebben voor de patiënt. Dit kan komen doordat een fout bijvoorbeeld nog net op tijd wordt ontdekt en hersteld, of doordat het lichaam

5

van een patiënt robuust is en niet reageert op bijvoorbeeld een te hoge dosis of een verkeerd geneesmiddel.

5.3 De omvang en ernst van zorggerelateerde schade

In 1991 zijn de resultaten van de Harvard Medical Practice Study in de VS onder de titel 'To err is human' gepubliceerd. Op basis van een aselect getrokken steekproef van 30.000 patiëntendossiers is bepaald wat de omvang is van zorggerelateerde schade in ziekenhuizen in New York.^[3] In de jaren erna zijn in diverse andere landen vergelijkbare studies uitgevoerd (zie tabel 5.1).

In Nederland is de eerste landelijke dossierstudie op initiatief van de Orde van Medisch Specialisten in 2007 gepubliceerd.^[4] De resultaten op basis van 8000 aselect getrokken patiëntendossiers uit 21 ziekenhuizen lieten zien dat van alle opgenomen patiënten 5,7% (95%-BI 5,1-6,4) te maken krijgt met onbedoelde schade veroorzaakt door de zorg. Dit waren in 2004 circa 76.000 patiënten. In 2,3% (95%-BI 1,9-2,7) van alle opnamen is sprake van vermijdbare schade. Circa 10.000 patiënten ondervonden in 2004 blijvende schade door een ziekenhuisopname, die bij circa 6000 van hen waarschijnlijk voorkomen had kunnen worden. Patiënten die te maken krijgen met onbedoelde schade verblijven gemiddeld 10 dagen langer in het ziekenhuis. Dat komt neer op een extra kostenpost van gemiddeld 5600 euro. Het totale ziekenhuisbudget bedroeg in 2004 circa 15,5 miljard euro. Ongeveer 1% van deze kosten werd veroorzaakt door vermijdbare schade. Dit komt neer op 167 miljoen euro.

Van de patiënten die in het ziekenhuis overlijden, heeft in 2004 10,7% te maken gekregen met onbedoelde schade. Bij 4,1% (95%-BI 3,5-4,8) van de in het ziekenhuis overleden patiënten kon het overlijden gerelateerd worden aan een potentieel vermijdbare gebeurtenis tijdens de behandeling

en was er sprake van voortijdig overlijden. Dat waren naar schatting 1735 patiënten (95%-BI 1482-2032).

Vergeleken met de resultaten uit buitenlandse studies, bevinden de Nederlandse cijfers zich aan de onderkant van de range, maar er is zeker nog ruimte voor verbetering.

Naast verschillen in omvang van vermijdbare schade tussen landen, bestaan er ook verschillen tussen en binnen ziekenhuizen.^[4] Voor ziekenhuizen waren deze verschillen niet statistisch significant, wat de conclusie rechtvaardigt dat er geen geheel slechte noch geheel goede ziekenhuizen zijn. De beoordelaars uit de dossierstudie gaven daarentegen wel aan dat zij duidelijke verschillen zagen tussen afdelingen. Dit betekent dat het voor een ziekenhuis belangrijk is om op afdelingsniveau inzicht te hebben in sterke en zwakke punten, teneinde gericht aan verbeteringen te kunnen werken.

OMVANG VAN ZORGERELATEERDE SCHADE IN DE GGZ EN VERSLAVINGSZORG

In 2008 is een pilotstudie uitgevoerd naar zorggerelateerde schade in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de verslavingszorg (VZ). Doel was meer inzicht te verkrijgen in de aard, ernst en omvang van zorggerelateerde schade. Tijdens de pilotstudie zijn een triggerlijst en meetinstrument ontwikkeld aan de hand waarvan 352 dossiers zijn beoordeeld. Uit de resultaten bleek dat het in de GGZ en VZ moeilijk is om aan de hand van cliëntendossiers zorggerelateerde schade te bepalen. Dossiers bevatten minder informatie dan in de ziekenhuiszorg en de causaliteit tussen zorg en schade is minder evident. Incidenten die tijdens de studie zijn gevonden, hadden te maken met grensoverschrijdend gedrag en agressie, separatie, suïcide, medicatie, somatische comorbiditeit en 'niet-passend' ontslag uit de instelling. Uiteindelijk zijn er in zes dossiers aanwijzingen

Tabel 5.1 Cijfers van onbedoelde en zorggerelateerde schade gebaseerd op (inter)nationale studies.

Incidentie	New York	Australië	UK	Frankrijk	Nederland
% Onbedoelde schade	3,7	16,6	10,8	14,5	5,7
% Potentieel vermijdbare sterfte	0,26	0,55	0,41	Niet bekend	0,12

gevonden voor zorggerelateerde schade volgens de geldende criteria.^[5]

OMVANG VAN INCIDENTEN EN ONBEDOELDE SCHADE IN DE EERSTE LIJN

In de eerste lijn is onderzoek gedaan in huisartsenpraktijken, huisartsenposten, paramedische praktijken, tandarts- en verloskundigenpraktijken.^[6] De risico's voor patiënten in de eerste lijn bestaan uit het missen van diagnoses, het gebrekkig uitvoeren van aanvullend onderzoek, het onnodig toepassen, verkeerd uitvoeren of onrecht uitstellen van behandelingen en het slecht bereikbaar zijn van de praktijk waardoor vertraging ontstaat. In het onderzoek is gekeken naar een aselecte steekproef van 1000 dossiers per sector, in totaal 5000 dossiers. Aanvullend registreerden de deelnemende praktijken incidenten gedurende twee 'meetweken'.

Uit de resultaten van de steekproef bleek dat 58 per 1000 patiënten (5,8%) in huisartsenpraktijken te maken krijgen met incidenten die voor de patiënt merkbaar zijn. Dit aantal ligt bij huisartsenposten op 0,6%, bij paramedische praktijken op 1,0%, bij tandartspraktijken op 0,8% en bij verloskundigenpraktijken op 2,5%. De meeste van deze incidenten hadden weinig gevolgen voor patiënten. Bij veel incidenten bestond de 'schade' slechts uit extra monitoring bij de patiënt, bijvoorbeeld extra bloedonderzoek of een extra controle op het spreekuur. De incidenten hadden in het algemeen te maken met de organisatie van de zorg, de behandeling, diagnostiek en communicatie. Weinig incidenten hadden betrekking op preventie of triage.

De genoemde onderzoeken in de drie sectoren (ziekenhuizen, GGZ en eerstelijnszorg) zijn niet vergelijkbaar. De in het onderzoek gehanteerde methodiek in de ziekenhuizen en de GGZ is vergelijkbaar, maar de omvang van het GGZ-onderzoek had meer het karakter van een pilotstudie dan van een landelijk generaliseerbare studie zoals in de ziekenhuizen. De studie onder huisartsenpraktijken en andere professionals in de eerste lijn is weliswaar op dossieronderzoek gebaseerd, maar de uitgebreidheid van het dossieronderzoek en de criteria voor zorggerelateerde schade zijn niet vergelijkbaar met de gegevens van de ziekenhuizen en GGZ. Bij de huisartsen

ging het ook om incidenten (onbedoelde gebeurtenis met of zonder schade), bij de GGZ en de ziekenhuizen ging het om zorggerelateerde schade op basis van de drie criteria: lichamelijke of psychische schade, tijdelijke of blijvende beperkingen/extra zorg en causaliteit met de zorgverlening.

5.4 Veiligheidstheorieën

Veiligheidstheorieën hebben als uitgangspunt dat individuen altijd fouten en vergissingen maken. Neem het voorbeeld dat je 's avonds van je werk naar huis rijdt en van plan bent nog een liter melk te gaan kopen. Uiteindelijk kom je thuis aan en realiseer je je dat je dat vergeten bent. Hoe kan dat gebeuren, vraag je jezelf af.

Vaak gebruiken wij in ons dagelijks leven (half) geautomatiseerd gedrag. We hebben de weg naar huis al zo vaak genomen dat wij er niet meer bewust bij stilstaan, maar als het ware op de 'automatische piloot' rijden. Andere fouten liggen op een hoger niveau en treden op bij nieuwe of afwijkende situaties waarin bewust beslissingen moeten worden genomen. Een voorbeeld is het voorschrijven van een geneesmiddel in een dosering waarmee men niet vertrouwd is. De strategieën om de verschillende typen fouten te voorkomen, zijn verschillend. We komen hier verderop nog op terug.

HUMAN FACTORS-THEORIE

Een andere theorie is de Human Factors-theorie.^[7] Deze richt zich op de kennis over de menselijke mogelijkheden, menselijke beperkingen en algemene menselijke kenmerken die relevant zijn in relatie tot het ontwerp van instrumenten, machines, systemen, taken en omgevingen. Meer specifiek concentreert zich de Human Factors-theorie op de effecten van onder andere stress, vermoeidheid en de gevolgen van ploegendienst. De cognitieve vermogens van mensen worden bepaald door aandacht, geheugen (korte en lange termijn), informatieverwerking, besluitvorming en actiegerichtheid. Aandacht voor menselijke vermogens en beperkingen leidt tot betere prestaties, meer tevredenheid van medewerkers, minder behoefte aan training en een vermindering van fouten, incidenten en kosten. De principes

van Human Factors kunnen toegepast worden op eenvoudige instrumenten als een pen om te schrijven en complexe systemen zoals space-shuttles. In tabel 5.2 zijn de kenmerken van mensen in vergelijking met machines naast elkaar gezet.

In de gezondheidszorg wordt nog relatief weinig rekening gehouden met cognitieve menselijke beperkingen. De weekendoverdracht van de ene naar de andere arts vindt soms nog mondeling plaats. In hoog tempo worden de patiënten langsgelopen die in het weekend zijn opgenomen en behandeld. Vaak zit er weinig structuur in de overdracht of is dit in ieder geval afhankelijk van de vaardigheden van diegene die aan het overdragen is. De informatieverwerking en het geheugen van artsen worden op deze wijze danig op de proef gesteld. Steeds meer afdelingen gaan daarom over op een schriftelijke overdracht, omdat dit veel meer garantie biedt dat de relevante informatie ook daadwerkelijk bij de ontvanger (dagdienst) terechtkomt. Uit de psychologie is bekend dat omgevingsfactoren zoals stress, vermoeidheid, informatieovervloed, frustraties, lawaai en interrupties de prestaties van mensen negatief beïnvloeden. Deze factoren kunnen leiden tot verminderd werkgeheugen, selectieve aandacht of afleiding van relevante taken.^[8]

SYSTEEMTHEORIE

Ten slotte wordt steeds meer waarde gehecht aan de systeemtheorie die ervan uitgaat dat ongevallen het gevolg zijn van een hele serie kleine afwijkingen die elkaar versterken en uiteindelijk

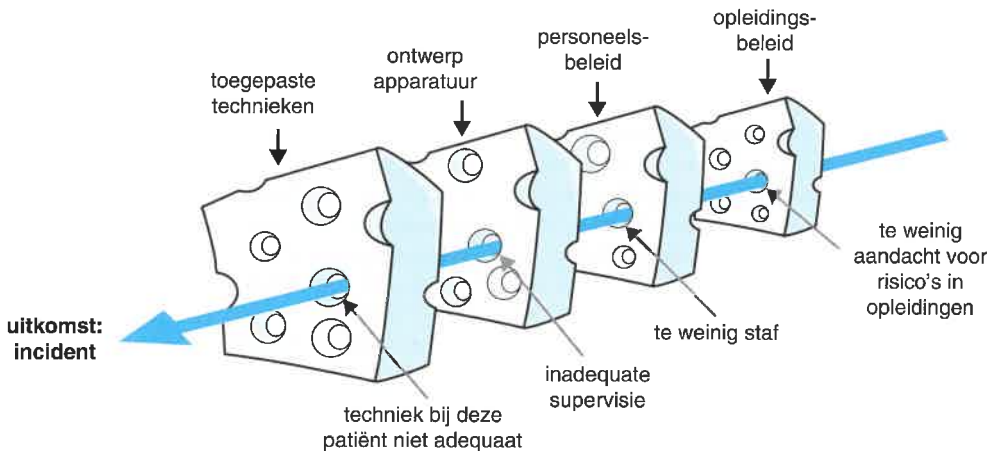
tot een incident leiden. Schematisch wordt deze theorie vaak weergegeven met het 'Zwitserse kaasmodel' (figuur 5.1). Pas als alle afweermechanismen falen, ontstaat het ongeval, dat onder andere omstandigheden door verschillende barrières voorkomen had kunnen worden. De theorie gaat er verder van uit dat individuen in principe proberen de juiste dingen te doen en niet op voorhand besluiten om slecht te presteren. Dit maakt dat ongevallen eerder het gevolg zijn van tekortkomingen in het systeem dan dat ze de verantwoordelijkheid zijn van individuele personen. Verbeterstrategieën zijn erop gericht systemen zo te ontwerpen dat deze minder fouten uitlokken of het optreden ervan sneller kunnen ontdekken en bij sturen.

In hoogrisico-industrieën, zoals de luchtvaart, de chemische industrie en de offshore-industrie, is men al jaren gewend om ook kleinere incidenten volgens een vaste procedure systematisch te analyseren. De oorzakenketen die ten grondslag ligt aan incidenten wordt in het model weergegeven.

Onbedoelde schade treedt alleen op als er geen barrières zijn of als deze niet werken zoals bedoeld. Met een aantal voorbeelden kunnen we dit illustreren. De uitgezette medicatie wordt niet extra gecontroleerd omdat er te weinig personeel is, de verpleegkundige heeft door tijdsdruk het dossier niet goed gelezen en de verkeerde dosis klaargemaakt, of de verpleegkundige is in een acute situatie niet op tijd bij de patiënt omdat de bel kapot is. Het inzetten van personeel (aantal en competentieniveau) is een taak van het manage-

Tabel 5.2 Kenmerken van mensen en machines (Paul Fitts).

<i>Mensen zijn beter in het...</i>	<i>Machines zijn beter in het...</i>
ervaren van patronen van licht en geluid	snel reageren op controlesignalen en het soepel en precies toepassen van grote krachten
improviseren en het toepassen van flexibele procedures	uitvoeren van zich herhalende, routinematige taken
opslaan van zeer grote hoeveelheden informatie voor lange periodes en het oproepen van relevante feiten op belangrijke momenten	kort opslaan van informatie en het vervolgens compleet wissen ervan
inductief redeneren	deductief redeneren
beoordelen van situaties	hanteren van zeer complexe handelingen en uitvoeren van veel verschillende dingen tegelijk



Figuur 5.1 Model voor het ontstaan van incidenten en onbedoelde schade (Zwitserse kaasmodel) (gebaseerd op Reason, 2000).^[9]

ment en heeft gevolgen voor het functioneren van een afdeling.

Reason onderscheidt actieve en latente fouten, waarbij een fout omschreven wordt als: ‘the failure of planned actions to achieve their desired goal’.^[9] Soms is het plan adequaat, maar worden de handelingen niet goed uitgevoerd, en soms worden de handelingen goed uitgevoerd, maar biedt het plan geen adequate oplossing voor het probleem. Actieve fouten zijn menselijke fouten die in drie groepen kunnen worden onderverdeeld, te weten vergissingen, tekort aan kennis en bewuste protocolafwijkingen.

- 1 Vergissingen treden op als een zorgverlener bezig is met routinematige handelingen. Indien de zorgverlener ineens wordt afgeleid door een telefoontje of een hulpvraag, wordt de volgorde van de routinematige handelingen verstoord en is het mogelijk dat een onderdeel vergeten of verkeerd uitgevoerd wordt.
- 2 Kennisgerelateerde fouten treden eveneens op als iets onverwachts gebeurt. Er is geen geschikt protocol voor de nieuwe situatie. Het komt dan aan op het creatief toepassen van de kennis van de zorgverlener. Meestal proberen mensen de situatie alsnog zo te interpreteren dat er weer een protocol kan worden toegepast. Soms gaat dit dan voorbij aan het feitelijke probleem.

- 3 Bewuste protocolafwijkingen treden bijvoorbeeld op als zorgverleners, al dan niet onder tijdsdruk, proberen het werk sneller af te krijgen, of als men het gevoel heeft dat procedures niet van toepassing zijn.

Latente fouten zijn fouten in het zorgsysteem, de organisatie van de zorg dan wel onhandig ingerichte zorgprocessen die in normale omstandigheden niet tot schade leiden. Zorgverleners zijn zich niet altijd bewust van de tekortkomingen in de organisatie van de zorg. Men is gewend aan de context waarin men werkt en aan de manier waarop de dingen gaan.

Indien de beperkingen in de zorgprocessen wel bekend zijn, passen zorgverleners veelal hun handelen hierop aan. Een voorbeeld is de neurochirurg die uit voorzorg eerst drie keer in zijn tang knijpt (de veer van de tang werkt niet altijd naar behoren) voordat hij met de operatie begint. Latente fouten in de organisatie zijn bijvoorbeeld onvoldoende (opgeleid) personeel, een cultuur van niet volgens afspraken werken of miscommunicatie tussen bijvoorbeeld artsen en verpleegkundigen.^[2]

5.5 Oorzaken van incidenten en zorggerelateerde schade

Als er iets misgaat, is het gemakkelijk om jezelf en misschien nog makkelijker om anderen de schuld te geven van het incident. De ander had gewoon beter moeten opletten, eerder iets moeten zeggen of de klus aan een 'vakman' moeten overlaten. Deze primaire reacties, ingegeven door verontwaardiging of ergernis, leiden meestal niet tot veranderingen en de kans is groot dat na verloop van tijd weer iets (vergelijkbaars) misgaat. Het zogenaamd 'beter opletten' of 'beter je best doen' helpt maar tijdelijk, omdat mensen hun aandacht maar op een beperkt aantal dingen tegelijk kunnen richten.

De omvang van zorggerelateerde schade die veroorzaakt wordt door het falen van materiaal of technische apparatuur is de afgelopen decennia afgenomen, in tegenstelling tot de omvang van de onbedoelde schade waarbij menselijke factoren een rol spelen (Reason, 2001).^[10] Hierdoor bestaat de neiging zich te concentreren op de zorgverleners bij wie de schade is opgetreden. In de gezondheidszorg is echter vaak sprake van een zorgproces met meerdere schakels die voor het behalen van een optimaal resultaat van elkaar afhankelijk zijn. Zo is een chirurg die aan het opereren is mede afhankelijk van de anesthesist en de operatieassistent. Het operatieteam is afhankelijk van een goed verzorgde operatieruimte met betrouwbare apparatuur en materiaal. Daarnaast zijn de verkoeverkamer, de verblijfsafdeling en de ondersteunende diensten binnen het ziekenhuis van belang voor een goede voor- en nazorg.^[2]

Om meer inzicht te verkrijgen in de aard van de incidenten, de oorzaken en de gevolgen ervan, wordt in ziekenhuizen gebruikgemaakt van een analyse van incidentmeldingen, ook vaak VIM-systeem (Veilig Incident Melden) genoemd. Op afdelingen doen zich geregeld incidenten voor, meestal zonder schade voor patiënten. Veel incidenten hebben betrekking op de samenwerking tussen afdelingen of tussen zorgverleners, materialen en apparatuur, en de diagnose en behandeling. Minder vaak doen zich incidenten voor met verwisseling van gegevens of protocollen. Het aantal incidenten gerelateerd aan medicatie wisselt per type afdeling. Op afdelingen interne geneeskunde en chirurgie vormen medicatiegere-

lateerde incidenten bijvoorbeeld de grootste groep, terwijl dit op de spoedeisende hulp (SEH) incidenten gerelateerd aan samenwerking zijn. De meeste incidenten leveren ongemak of suboptimale zorg op voor de patiënt, zoals het te veel of niet tijdig ontvangen van medicatie. Een overzicht met voorbeelden van de meest voorkomende meldingen op de SEH is te vinden in tabel 5.3. Voor andere afdelingen zijn vergelijkbare gegevens in andere publicaties verschenen.^[2]

Als incidenten nader worden geanalyseerd, blijkt veelal dat menselijke factoren een grote rol spelen bij het ontstaan ervan. Incidenten ontstaan niet met opzet, noch is het zo dat incidenten zich alleen voordoen bij onervaren zorgverleners. De eerdergenoemde cognitieve beperkingen van mensen en de complexiteit in ziekenhuizen vergroten de kans op het ontstaan van incidenten. Daarnaast hebben incidenten vaak meerdere oorzaken. Naast een menselijke factor spelen er soms ook organisatorische, technische en patiëntgerelateerde factoren mee. Een belangrijke contextfactor op alle afdelingen is de drukte op de eigen afdeling. Bij de SEH is drukte op een andere afdeling, zoals het laboratorium of de röntgenafdeling, en het tegelijkertijd moeten uitvoeren van meerdere taken een veelvoorkomende factor bij incidenten. In het algemeen is het risico op incidenten groter als door omstandigheden van de normale procedure afgeweken moet worden.

5.6 Specifiek thema: suboptimale diagnostiek

Het stellen van een diagnose is een kerntaak van artsen. Het is de eerste stap in het zorgproces, waar vervolgens veel verdere stappen vanaf hangen. Suboptimale diagnostiek komt minder vaak voor dan onbedoelde schade tijdens een behandeling of tijdens de zorgverlening op een ziekenhuisafdeling, maar de gevolgen van een onjuiste diagnose zijn vaak groter doordat behandelingen verkeerd of te laat worden ingezet. Onder suboptimale diagnostiek verstaan wij niet-onderbouwde afwijkingen van klinische richtlijnen in het diagnostisch redeneerproces van de arts, die bijdragen of kunnen bijdragen aan diagnostische fouten en onbedoelde schade aan de patiënt.

De resultaten van een landelijke dossierstudie hebben laten zien dat onbedoelde schade door

Tabel 5.3 Voorbeelden van meldingen per meldingscategorie op afdelingen SEH (bron: Wagner et al., 2008).^[2]

Categorie melding	Voorbeeld melding op SEH
Samenwerking met andere afdelingen	<ul style="list-style-type: none"> - Lang wachten op labuitslag - Bloed kwijtgeraakt op laboratorium - Moeizaam plek op verpleegafdeling te vinden - Onvolledige overdracht bij brengen van patiënt naar verpleegafdeling - Niet alle aangevraagde röntgenfoto's zijn gemaakt
Medicatie	<ul style="list-style-type: none"> - Op andere afdeling medicijn moeten halen, vanwege onvoldoende voorraad - Medicatie gebruikt waarvan houdbaarheidsdatum is overschreden - Infuus niet goed gekoppeld (medicatie lekt) - Verkeerde dosis medicatie voorgeschreven - Patiënt krijgt tweemaal dezelfde medicatie toegediend (door verschillende verpleegkundigen)
Diagnose en behandeling	<ul style="list-style-type: none"> - Patiënt onterecht niet gegijpt na repositie - Ooglid vastgeplakt bij lijmen neusbrug - Veel röntgenfoto's gemaakt bij zwangere vrouw - Wond gemist
Materialen en apparatuur	<ul style="list-style-type: none"> - Geen backboard voor patiënt met mogelijk nekwerweltsel - CT-scan niet te gebruiken na oefening noodstroom - Storing in systeem digitaal dossier, waardoor geschiedenis patiënt niet is te achterhalen - Misgrijpen naar materialen voor behandeling patiënt - Oorthermometer meet onnauwkeurig
Verwisselingen, onjuiste gegevens	<ul style="list-style-type: none"> - Gegevens van verkeerde patiënt op labaanvraag - Afsprakenkaart van andere patiënt meegegeven aan patiënt - Verkeerde datum op röntgenfoto vermeld - Dossier van verkeerde patiënt uit archief gekregen - Gegevens in elektronisch dossier van andere patiënt ingevoerd
Protocollen en afspraken	<ul style="list-style-type: none"> - Lang zoeken naar juiste protocol op intranet - Inconsistentie in protocollen - Onvoldoende bekendheid met werkwijze zoals beschreven in nieuw protocol - Onduidelijkheid in protocol over manier van temperatuur patiënten - Geen afspraken met gipsmeesters over gebruik gipstafel
Samenwerking met artsen of specialisten	<ul style="list-style-type: none"> - Arts niet bereikbaar - Lang wachten op consult medisch specialist - Specialist wil niet naar SEH komen vanuit huis tijdens dienst - Onduidelijk waarvoor patiënt door huisarts is ingestuurd naar SEH - Onvoldoende supervisie van arts-assistenten
Anders	<ul style="list-style-type: none"> - Vervoer van patiënt niet juist (geen zuurstof, geen bewaking) - Personele bezetting beneden minimaal ervaringsniveau door ruilen diensten - Valgevaarlijke situatie bij ingang SEH - Patiënt gaat zelf naar huis voordat hij ontslagen is - Patiënt doet poging tot verhangings in afgesloten behandelkamer

fouten in de diagnostiek voorkomt bij 0,4% van de in het ziekenhuis opgenomen patiënten. Uitgaande van het totale aantal patiënten dat tijdens een ziekenhuisopname te maken krijgt met zorggerelateerde schade, hangt 6,4% samen met de diagnostiek. Circa 83% van de diagnostische fouten wordt (gedeeltelijk) vermijdbaar geacht.^[4,11] Vanuit andere zorgsectoren, waaronder de eerste lijn en huisartsenzorg, zijn geen vergelijkbare gegevens beschikbaar.

Het stellen van een diagnose is een cognitieve taak die veel kennis en vaardigheden van een arts vraagt. Menselijke oorzaken liggen meestal ten grondslag aan suboptimale diagnostiek (het niet goed interpreteren van testresultaten), maar een slechte organisatie van het zorgproces (het te laat ontvangen van testuitslagen) of onnauwkeurige apparatuur kan ook een rol spelen.

Het diagnostisch proces begint met een volledige anamnese en lichamelijk onderzoek en wordt aangevuld met diagnostische tests zoals laboratoriumonderzoek. Het toepassen van alle mogelijke tests is nog geen garantie dat de juiste diagnose wordt gesteld en sommige tests kunnen ook risico's op schade met zich meebrengen of zijn maar beperkt betrouwbaar. Een diagnose ontstaat door de mogelijke diagnoses op een rij te zetten en in te schatten welke diagnose het meest waarschijnlijk is. Een valkuil hierbij is dat de focus te lang bij een specifieke diagnose blijft hangen, terwijl alternatieve hypothesen niet worden uitgesloten. Fouten in het diagnostisch proces kunnen makkelijker optreden als de zorgverlener moe is of onervaren, maar ook systeemfactoren kunnen hieraan ten grondslag liggen, zoals te weinig ervaren personeel, inadequate mogelijkheden voor verslaglegging van resultaten, onvoldoende ondersteuning bij het interpreteren van beeldvormende diagnostiek of een cultuur waarin protocollen en richtlijnen onvoldoende gevolgd worden.

5.7 Specifiek thema: medicatieveiligheid

Eind 2006 zijn de resultaten van het HARM-onderzoek (Hospital Admissions Related to Medication) gepresenteerd.^[12] Het HARM-onderzoek is uitgevoerd in 2005 en 2006 in 21 verschillende ziekenhuizen verspreid over Nederland. Onder-

zocht werd hoeveel mensen er in Nederland worden opgenomen in het ziekenhuis ten gevolge van een probleem met een geneesmiddel. Zo'n opname kan het gevolg zijn van een bijwerking van het geneesmiddel, een ongelukkige combinatie van geneesmiddelen, een verkeerd geneesmiddel of het niet gebruiken of niet juist gebruiken van een geneesmiddel.

De resultaten laten zien dat 5,6% van alle acute ziekenhuisopnames een relatie had met een geneesmiddel. Dat betekent dat jaarlijks in Nederland 34.000 patiënten worden opgenomen ten gevolge van een probleem gerelateerd aan een geneesmiddel en dat bijna de helft van deze opnames te voorkomen is.

Patiënten ouder dan 65 jaar kregen twee keer zo vaak te maken met geneesmiddelgerelateerde opnames dan jongere patiënten. Gastro-intestinale bloedingen en klachten, cardiovasculaire problemen, respiratoire aandoeningen en ontregelde diabetes mellitus waren de meest gevonden geneesmiddelgerelateerde opnames. De meeste problemen werden veroorzaakt door geneesmiddelen zoals trombocytenuitstroomremmers, coumarines, NSAID's, psycholeptica, antidiabetica en corticosteroiden.

Naast de geneesmiddelen zelf bleken ook andere factoren van invloed op de geneesmiddelgerelateerde problemen van patiënten. Therapiecontrole, verminderde cognitie, verminderde nierfunctie, niet zelfstandig wonen, meerdere aandoeningen in de medische voorgeschiedenis en polyfarmacie speelden een belangrijke rol.^[12]

Binnen ziekenhuizen is een relatief groot aantal incidentmeldingen gerelateerd aan het proces van medicatieverstrekking. Bij medicatie kan het gaan om risicoprocesen, risicogeneesmiddelen of risicopatiënten. Het medicatieproces bestaat uit een logistiek deel en een zorgdeel. Tot het logistiek deel behoort het bewaken van de voorraad, het verzamelen van medicatie, het bereiden van medicatie (apotheek) en het transporteren van de medicatie. Het zorgdeel bestaat uit de stappen: voorschrijven, verwerken, toediening gereedmaken, uitzetten, toedienen en monitoren van effect en eventuele bijwerkingen. Volgens de landelijke CMR (Centrale Medicatiefouten Registratie) heeft 50% van de medicatiegerelateerde fouten te maken met toedienfouten en 15% met voorschrijffouten. Binnen de voorschrijffouten heeft 25% te maken met de dosering en 16% met algemene

factoren waaronder vaak 'leesbaarheid'. De meerderheid (60%) van deze fouten bereikt weliswaar de patiënt, maar leidt niet tot schade. Om de leesbaarheid van medicatievoorschriften te verhogen en fouten daarin te beperken, is in veel ziekenhuizen een elektronisch voorschrijfsysteem ingevoerd. Daarnaast helpt een dergelijk systeem om het aantal overschrijfstappen te verminderen, de medicatieopdrachten vollediger te krijgen en potentiële interacties met reeds bestaande medicatie beter te signaleren.

5.8 Patiëntveiligheidscultuur

Elke organisatie en vaak ook afdelingen in een ziekenhuis hebben een eigen cultuur, een eigen wijze van hoe dingen gaan. Spreek je elkaar persoonlijk aan of stuur je een e-mail, gaat men vriendelijk met elkaar om, is het netjes op de afdeling, vier je elkaars verjaardag of praat je vooral over het werk? Gevoelsmatig kunnen wij verschillen in cultuur al vrij snel benoemen. Bij cultuur gaat het om de gezamenlijk gedeelde normen, waarden, aannames, overtuigingen en opvattingen die een groep met elkaar deelt. De veiligheidscultuur op een afdeling bepaalt mede het gedrag van zorgverleners. Hoe kijkt men tegen patiëntveiligheid aan?

HIGH RELIABILITY ORGANISATIONS

Onderzoek bij 'high reliability organisations' (HRO), zoals vliegdekschepen en nucleaire installaties, heeft het belang benadrukt van een integrale veiligheidscultuur. Veiligheid staat in deze organisaties met stip op nummer 1 en dat geldt dus ook voor elke medewerker. Bij Shell in Nederland geldt bijvoorbeeld het motto: 'Hier werk je veilig of je werkt hier niet.' De cultuur is dat veiligheidsregels streng nageleefd moeten worden. HRO's worden gekenmerkt door:

- een hoge mate van individuele autonomie, maar ook van onderlinge afhankelijkheid;
- diverse culturen en teams die onafhankelijk werken;
- een ongemakkelijk gevoel bij potentiële bedreigingen van de veiligheid;
- een hoge prioriteit voor training;
- een samenwerkingsstructuur die het overneemt van de hiërarchie in risicosituaties.

In HRO's bestaan formele regels en procedures, maar het doel is dat iedereen alert blijft op hoogrisicosituaties in plaats van routinematig de regels te volgen. In hoogrisicosituaties is de formele hiërarchie niet meer van belang: alle teamleden moeten extra alert zijn en de situatie en acties van anderen blijven monitoren. Feedback op handelingen wordt vrij gegeven en ontvangen teneinde het doel te bereiken dat alles veilig blijft.

BARRIÈRES IN DE GEZONDHEIDSZORG

De grootste barrière voor een open veiligheidscultuur is 'blame and shame' als zich een incident voordoet of een fout wordt gemaakt. Dit is typerend voor de gezondheidszorg waar een cultuur heerst van grote individuele verantwoordelijkheid en waar een fout zou kunnen leiden tot tuchtrechtzaken. De reactie van zorgverleners is dat onbedoelde gebeurtenissen en fouten worden ontkend.

Een andere barrière is de focus van de organisatie. De managementdoelen richten zich dan vooral op efficiëntie, besparing van kosten of de patiënttevredenheid wat betreft de hotelfuncties. Patiëntveiligheid heeft dan (in concrete daden) geen hoge prioriteit. Twee andere meer algemene belemmeringen voor de patiëntveiligheid zijn de verdeling van het werk (taakdifferentiatie) en de verdeling van verantwoordelijkheden.

De gezondheidszorg is complex en de kennis over aandoeningen en behandelmogelijkheden is enorm toegenomen. Hierdoor is het nodig de taken steeds meer tussen verschillende zorgverleners te verdelen, die op hun beurt steeds meer gespecialiseerd raken. Naarmate de processen complexer worden en de organisatie groter, neemt de behoefte aan uiteenlopende deskundigheden en zorgverleners toe. De keerzijde van differentiatie is de noodzaak van goede coördinatie, afstemming en samenwerking. Doordat de verschillende zorgverleners aparte trainingen hebben gevolgd en tot verschillende beroepsgroepen behoren, hanteren zij vaak ook andere waarden en normen.

Als de verantwoordelijkheid over te veel mensen wordt verdeeld, leidt dit vaak tot een situatie waarin niemand zich meer echt verantwoordelijk voelt.

Uit focusgroepgesprekken met arts-assistenten kwamen deze en andere factoren duidelijk naar voren (zie kader). Ondanks deze belemmeringen is er wel een toenemend aantal arts-assistenten die bereid zijn incidenten te melden.

Redenen om incidenten niet te melden volgens arts-assistenten

- Het incident is niet ernstig, we hadden het toch niet kunnen voorkomen, het zal niet weer voorkomen, het is een complicatie
- Melden van incidenten is niet fair ten opzichte van collega's, het is niet mijn taak
- Melden van incidenten verandert niets, maar kost wel tijd
- Melden heeft mogelijk negatieve effecten voor mezelf of andere betrokkenen
- Ik weet niet wat er gemeld moet worden, ik vergeet het, het kost te veel tijd
- Collega's en supervisors stimuleren niet of staan er negatief tegenover

Bron: Martowirong e.a., 2010^[13]

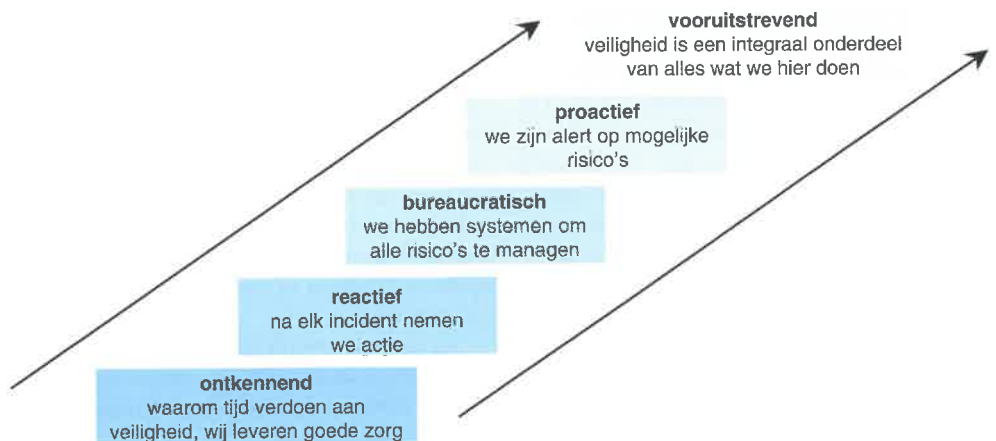
ONTWIKKELEN VAN EEN VEILIGHEIDSCULTUUR

In het algemeen wordt aangenomen dat de veiligheidscultuur in een instelling een evolutionaire ontwikkeling doormaakt van een ontkenkende naar een vooruitstrevende cultuur.^[14] De

vijf ontwikkelingsfasen waarin zich dit voltrekt, zijn weergegeven in figuur 5.2.

In een *ontkenkende* patiëntveiligheidscultuur heerst de houding: 'Iedereen werkt toch veilig, dus waarom je tijd verdoen met veiligheid.' Er wordt in die cultuur weinig tot niet geïnvesteerd in verbeteringen van de patiëntveiligheid. De volgende stap in de ontwikkeling van de veiligheidscultuur is de *reactieve* cultuur. In die cultuur moeten er eerst dingen misgaan voordat er wat verandert. De veranderingen zijn ad hoc en van korte duur. Hierop volgt de *bureaucratische*, ook wel berekenende cultuur. Dit stadium kenmerkt zich door veel 'papieren' verslaglegging, er wordt veel informatie verzameld, er zijn veel statistieken en er worden veel protocollen en regels gemaakt. Implementatie van (langdurige) veranderingen, laat staan evaluaties ervan, ontbreekt. Bij een *proactieve* cultuur is er sprake van een hoge prioriteit voor veiligheid, van continue investeringen in het vergroten van de veiligheid, van implementeren en evalueren. Er wordt vooruit gedacht en informatie over knelpunten en best practices met betrekking tot patiëntveiligheid wordt tussen afdelingen en ziekenhuizen uitgewisseld. Het meest vergaand in de ontwikkeling van patiëntveiligheidscultuur is de *vooruitstrevende* cultuur. In die cultuur is veiligheid volledig geïntegreerd in het handelen bij elk proces en vast onderdeel van de afdeling of organisatie. Iedereen heeft continu de veiligheidsbril op en onveilige situaties worden niet meer geaccepteerd.

Het kan voorkomen dat artsen, verpleegkundi-



Figuur 5.2 Cultuurladder met de vijf cultuurniveaus (gebaseerd op Westrum, 2004).^[14]

gen en managers verschillen in hun mening over de ontwikkelingsfase van de veiligheidscultuur. Dit is op zich niet erg, aangezien er dan een mooi startpunt ligt voor een discussie.

De ideale patiëntveiligheidscultuur in een team, afdeling of organisatie kenmerkt zich door het hebben van een kritische houding ten opzichte van het eigen handelen, het melden van procesafwijkingen en incidenten en het streven om van eigen fouten te willen leren om risico's op onnodige schade bij patiënten te verminderen en dergelijke schade uiteindelijk te voorkomen. Voor een verandering van de patiëntveiligheidscultuur is het noodzakelijk eerst inzicht te krijgen in de huidige cultuur. Daarna kan bepaald worden waar en welke cultuurverandering nodig is. Voor het bepalen van de heersende veiligheidscultuur bestaan in Nederland twee instrumenten die veelvuldig worden gebruikt. Dit zijn IZEP (Instrument voor Zelf Evaluatie van de Patiëntveiligheidscultuur) en COMPaZ (Cultuur Onderzoek onder Medewerkers over Patiëntveiligheid in de Zorg). Beide instrumenten zijn via www.VMSzorg.nl te verkrijgen. Een korte toelichting op de instrumenten staat verderop in paragraaf 5.11.

In de meeste ziekenhuizen en op afdelingen heerst een reactieve of bureaucratische veiligheidscultuur. Mede hierdoor wordt door diverse organisaties aangegeven dat een cultuurverandering nodig is om de patiëntveiligheid in ziekenhuizen daadwerkelijk te kunnen verbeteren. De eerste stap is een gevoel van urgentie ten aanzien van patiëntveiligheid zien te bereiken bij alle lagen in de organisatie en dit thema hoog op de agenda te plaatsen. Het veranderen van cultuur heeft te maken met hoe mensen voelen en denken over thema's. Zij moeten zich vrij kunnen voelen in het benoemen van verbeterpunten en het melden van incidenten, zonder gezichtsverlies of het ondervinden van repercussies. Het meldsysteem zou moeten uitgroeien tot een leersysteem, gebaseerd op een kritische analyse van basisoorzaken. Belangrijk hierbij is het beleggen van verantwoordelijkheden voor patiëntveiligheid en het feitelijk doorvoeren en borgen van verbeteringen. Veel informatie over het melden, analyseren en verbeteren op basis van incidenten is te vinden op de LIZ-website (www.nivel.nl/LIZ). LIZ staat voor Leren van Incidenten in de Zorg.

5.9 Communicatie en samenwerking

Uit buitenlandse studies en verschillende onderzoeken van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is gebleken dat communicatie tussen zorgverleners in de vorm van een goede overdracht van patiënteninformatie essentieel is voor de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg. Aan suboptimale communicatie liggen diverse factoren ten grondslag (zie kader). Uit onderzoek naar oorzaken van incidenten in Nederlandse ziekenhuizen bleek dat circa 25% van alle incidentmeldingen te maken had met coördinatie en communicatie.^[2] Het complexe hierbij is dat de zorg door steeds meer verschillende professionals wordt geleverd, die veelvuldig patiënteninformatie aan elkaar overdragen, elkaar regelmatig niet goed kennen en frequent van team wisselen. Teamleden hebben verschillende achtergronden en uiteenlopende opleidingen en trainingen gevolgd. Verpleegkundigen hebben bijvoorbeeld geleerd te beschrijven wat zij aan een patiënt zien, terwijl artsen zich erop hebben toegeleid problemen op te lossen en de hoofdlijnen te benoemen.

De bestaande hiërarchie onder zorgverleners in ziekenhuizen kan ook tot verhoogde risico's leiden. Alhoewel een zekere hiërarchie helpt om het werk goed te organiseren en helderheid over verantwoordelijkheden te scheppen, kan het ook een averechts effect hebben. Verpleegkundigen durven dan hun zorgen over een patiënt niet te melden, arts-assistenten stellen het consulteren van hun supervisor uit en een supervisor luistert niet echt naar de twijfels van een minder ervaren staf lid. Om spanningen in de communicatie uit de weg te gaan, werken zorgverleners om het probleem heen, lossen mogelijk het directe probleem op, maar sluimerende tekorten in het systeem worden niet opgelost en kunnen jaren voortbestaan.

Checklist: identificatie communicatieproblemen

Patiëntgerelateerde factoren

- Zijn er (taal)barrières in de communicatie?
- Zijn er spanningen in de arts-patiëntrelatie?

Taakgerelateerde factoren

- Zijn labresultaten correct gecommuniceerd en begrepen?
- Zijn er protocollen of procedures voor overdrachtssituaties?

Individuele factoren van zorgverleners

- Zijn zorgverleners getraind in communicatievaardigheden?

Teamfactoren

- Communiceren zorgverleners effectief in het team?
- Zijn er problemen met formele (schriftelijke) communicatie (bijvoorbeeld het aannemen van opdrachten en boodschappen)?

Omgevingsfactoren

- Zijn er problemen met werkdruk, stress en frequente onderbrekingen/storingen?

Organisatie en managementfactoren

- Is er een proactieve veiligheidscultuur?
- Vindt het (top)management goede communicatie met patiënten en tussen zorgverleners aantoonbaar van belang?

Bron: Taylor-Adams & Vincent, 2004^[19]

SBAR

Een van de instrumenten die in de praktijk gebruikt worden om de communicatie tussen zorgverleners beter op elkaar af te stemmen, is de SBAR. SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation) is een instrument dat gebruikt kan worden voor het structureren van de overdracht tussen zorgverleners. Hoewel het instrument oorspronkelijk door de marine werd gebruikt, is SBAR later aanbevolen als een model voor het structureren van klinische informatie in

Tabel 5.4 Telefonisch consult op basis van SBAR.

Structuur telefonisch consult: stel eerst uzelf voor (naam, functie). Heeft u onderstaande info paraat?

S	Situatie (Situation) Wat is er aan de hand met de patiënt over wie u belt? <ul style="list-style-type: none"> • Naam patiënt, afdeling en kamernummer • Vertel kort het probleem en wanneer u de patiënt gezien heeft
B	Achtergrond (Background) Relevante informatie over de achtergrond kan de volgende items bevatten: <ul style="list-style-type: none"> • De opnamediagnose en opnamedatum • Datum van operatie, toestand van wond en drains • Labuitslagen en meest recente meting vitale functies? • Lijst van medicatie (inclusief intraveneuze medicatie), allergieën • Andere klinische informatie (o.a. voorgeschiedenis) • Mentale toestand van de patiënt (verwardheid, delier e.d.) • Reanimatiebeleid?
A	Beoordeling (Assessment) Geef uw beoordeling van de situatie van de patiënt. Bijv.: De patiënt is onstabiel en wordt slechter, de bloeddruk is gedaald tot go over 60 mmHg met een polsversnelling tot 120 slagen per minuut. We moeten iets doen.
R	Aanbeveling (Recommendation) Wat wilt u dat er gebeurt, bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> • Nu langskomen voor patiënt, later langskomen voor patiënt of telefonische afhandeling? • Moeten er acties ondernomen worden? (vraag concreet wat u moet doen)

Noteer in het dossier het commentaar van de hulpverlener en de verandering in de conditie van de patiënt naar aanleiding van de genomen actie.

de zorg. SBAR is een raamwerk voor de communicatie tussen zorgverleners over de conditie van de patiënt. Het is een eenvoudige, handige techniek om alle overdrachten, ook op kritische momenten, te structureren, zodat bijvoorbeeld de arts alle benodigde informatie tot zijn beschikking heeft om een beslissing over de behandeling van een patiënt te kunnen nemen. Bovendien geeft SBAR de ruimte om aan te geven welke verwachtingen er bijvoorbeeld vanuit de verpleegkundige naar de arts toe zijn, zodat daarop een passende reactie kan volgen. Dit komt het teamwork en de patiëntveiligheid ten goede. Tabel 5.4 is een voorbeeld hoe SBAR kan worden toegepast bij een telefonisch consult.

TEAMTRAINING

Om de samenwerking in teams te versterken, wordt een gerichte teamtraining gebruikt. Na enkele grote vliegtuigongevallen in de jaren zeventig van de vorige eeuw, zijn in de luchtvaart teamtrainingen (Crew Resource Management; CRM) ontwikkeld om de samenwerking in de cockpit tussen captain, copiloot en technicus te verbeteren. Hoewel het gemakkelijker is om drie mensen met elkaar te laten samenwerken dan de veel grotere teams waar het in ziekenhuizen om gaat, kunnen er wel veel basisprincipes worden overgenomen. Teamtrainingen richten zich dan ook op het risicobewustzijn van zorgverleners, planning en besluitvorming binnen teams en op onderlinge communicatie, waarbij het principe van 'speak up' (vrijuit spreken) leidend is. Zorgverleners die een onveilige situatie zien of het vermoeden hebben dat niet alles goed gaat, moeten dat ongeacht hun hiërarchische positie kunnen vertellen en daarin gehoord worden. De centrale vraag is: Hoe kunnen we dat wat we doen zo veilig mogelijk maken in het belang van patiënten? De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij het hele team.

5.10 Het meten van patiëntveiligheid

INDICATOREN

Voor het meten van de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid worden in Nederlandse zorginstellingen en in de eerste lijn diverse proces- en

uitkomstindicatoren gebruikt. Bekend zijn de prestatie-indicatoren van de ziekenhuizen, de indicatoren voor verantwoorde zorg in de sectoren verpleging, verzorging en thuiszorg en de indicatoren uit de standaarden van huisartsen. In onder andere de hoofdstukken 2 en 6 wordt nader op het gebruik van indicatoren ingegaan.

Een specifieke indicator voor patiëntveiligheid op ziekenhuisniveau is het sterftecijfer. De ruwe sterftecijfers van ziekenhuizen zijn lastig te vergelijken omdat patiëntenpopulaties van elkaar verschillen. Voor het beoordelen van de patiëntveiligheid wordt daarom in veel landen de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR; gestandaardiseerd ziekenhuissterftecijfer) gebruikt. Voor Nederlandse ziekenhuizen is de HSMR gebaseerd op gegevens uit de Landelijke Medische Registratie (Prismant). De HSMR wordt berekend door de werkelijke ziekenhuissterfte te delen door de verwachte ziekenhuissterfte op basis van patiëntkenmerken. De HSMR wordt gecorrigeerd voor leeftijd, opname-urgentie, geslacht, verpleegduur, hoofddiagnose, de Charlson-index voor comorbiditeit, sociaaleconomische status, herkomst van de patiënt en jaartal. Na vermenigvuldiging van deze ratio met 100, geven waarden boven de 100 een hogere dan verwachte ziekenhuissterfte aan en waarden onder de 100 een lagere sterfte. De HSMR wordt in een aantal landen, waaronder Engeland en Canada, gebruikt als een indicator voor potentieel vermijdbare sterfte.

Naast de ziekenhuisbrede HSMR worden ook gestandaardiseerde sterftecijfers op het niveau van de diagnosegroep bepaald, de SMR. Voor de indeling van de diagnosegroepen is door de ontwikkelaars van de HSMR gekozen voor het Clinical Classification System (CCS) en daarin voor 50 CCS-diagnosegroepen. Een voorwaarde voor representativiteit is dat meer dan 70% van de sterfgevallen van een ziekenhuis binnen deze 50 CCS-groepen valt.^[6] Recentelijk zijn artikelen verschenen die laten zien dat verschillen tussen ziekenhuizen gedeeltelijk verklaard kunnen worden door de (on)zorgvuldigheid van coderen, specialisaties van ziekenhuizen (bijvoorbeeld wel of geen hartcentrum) of het aantal heropnames.^[6] Het gebruik van de HSMR als prestatie-indicator, op basis van de huidige gegevensverzameling in Nederland, is hiermee onder druk komen te staan.

DOSSIERONDERZOEK

Om zorggerelateerde en potentieel vermijdbare schade en sterfte te kunnen meten, is dossieronderzoek internationaal het meest geaccepteerd. Het grootste voordeel is dat op patiëntniveau gekeken wordt naar de kwaliteit van de geleverde zorg (diagnostiek en behandeling) en dat bij de beoordeling rekening kan worden gehouden met patiëntkenmerken en de ernst van de ziekte/aandoening. Het grootste nadeel is dat gedegen dossieronderzoek relatief veel tijd kost en bij voorkeur uitgevoerd wordt door ervaren zorgverleners.

Het eerste grootschalige dossieronderzoek naar 'adverse events' (onbedoelde zorggerelateerde schade) is de Harvard Medical Practice Study, waarin 30.000 dossiers in de staat New York zijn onderzocht. In de jaren erna zijn ook in andere landen, zoals Nieuw-Zeeland, Engeland, Frankrijk, Denemarken en Canada, vergelijkbare, maar in omvang kleinere, studies uitgevoerd. De cijfers voor Nederland zijn in 2007 gepubliceerd en zijn eerder in dit hoofdstuk beschreven.

De methodiek van dossieronderzoek is in al deze studies vergelijkbaar en gebaseerd op de Harvard-studie. De geselecteerde dossiers worden in de eerste fase door verpleegkundigen gescreend aan de hand van 18 triggers (zie kader). Als in het medisch, verpleegkundig of poliklinisch dossier een of meer van de triggers worden gevonden, gaat het dossier door naar de tweede fase. Daarin wordt het dossier door een ervaren medisch specialist beoordeeld. Hierbij spelen drie criteria een rol: a) is er sprake van schade aan de patiënt?; b) heeft de schade geleid tot tijdelijke of blijvende beperkingen, verlengd verblijf of overlijden?; en c) is de schade veroorzaakt door de zorgverlening of het zorgsysteem? Als deze drie vragen met ja kunnen worden beantwoord, is er sprake van onbedoelde zorggerelateerde schade. Aangezien niet alle schade in de zorg kan worden voorkomen, is de vervolgvraag of de schade voorkomen had kunnen worden. Deze potentieel vermijdbare schade kan via verbeterprogramma's worden gereduceerd.

Triggers voor dossieronderzoek bij opnames in Nederlandse ziekenhuizen

- 1 Patiënt was reeds eerder (< 12 maanden) opgenomen om reden(en) gerelateerd aan de indexopname
- 2 (Aanvankelijk) onbedoelde opname binnen 12 maanden na ontslag van indexopname
- 3 Blijvende of tijdelijke schade opgelopen tijdens index-ziekenhuisverblijf
- 4 Een schadelijke en onbedoelde reactie op een geneesmiddel
- 5 (Aanvankelijk) onbedoelde overplaatsing van algemene afdeling naar de intensive care (inclusief hartbewaking)
- 6 (Aanvankelijk) onbedoelde overplaatsing naar een ander ziekenhuis na onverwachte verslechtering van de patiënt
- 7 (Aanvankelijk) onbedoelde (her)operatie
- 8 (Aanvankelijk) onbedoelde verwijdering, beschadiging of herstel van een orgaan of weefsel tijdens een operatie, invasieve handeling of vaginale bevalling
- 9 Infectie/sepsis tijdens het index-ziekenhuisverblijf (exclusief infecties/sepsis opgetreden binnen 72 uur na opname)
- 10 (Andere) complicaties, bijvoorbeeld acuut hartinfarct, TIA/CVA, longembolie, enzovoort (behelst elke onverwachte complicatie die geen natuurlijk gevolg is van de ziekte van de patiënt of een verwachte uitkomst van de behandeling)
- 11 Neurologische afwijking ontstaan tijdens indexopname (behelst neurologische afwijkingen gerelateerd aan ingrepen, behandelingen of onderzoeken)
- 12 (Aanvankelijk) onverwacht overlijden (geen opname voor palliatieve zorg)
- 13 Hart-/ademstilstand (en reanimatie succesvol)
- 14 Schade gerelateerd aan abortus, natuurlijke bevalling en kunstverlossing (schade betreft alleen de vrouw, niet het kind)
- 15 Niet-passend ontslag naar huis/inadequate ontslagplanning bij indexopname ('medisch onverantwoord ontslag', exclusief ontslag tegen medisch advies in)
- 16 Ontevredenheid over de zorg gedocumenteerd in de dossiers en/of aanwijzingen voor ingediende klachten (inclusief gedocumenteerde klacht, conflicten tus-

sen patiënt/familie en staf, ontslag tegen medisch advies in)

- 17 Documentatie of correspondentie duidend op een juridische claim, klachtprocedure of MIP-melding (Meldingen Incidenten Patiëntenzorg), hetzij overwogen hetzij feitelijk
- 18 Alle andere ongewenste uitkomsten die hierboven niet worden genoemd

De Bruijne e.a., 2007.¹⁴¹

Zou u onderstaande onbedoelde gebeurtenissen melden bij de meldingscommissie?

- De verkeerde patiënt wordt naar de OK gebracht, de vergissing wordt op tijd opgemerkt.
- Je merkt bij aanvang van je dienst dat de heparinepomp van de heer B. te hoog is ingesteld.
- Je hebt met spoed een labuitslag aangevraagd, maar krijgt deze veel te laat terug.
- Mevrouw X is voor een gebroken heup geopereerd, maar daarbij is een te lange pen gebruikt, waardoor mw. X een stoel-bedpatiënt wordt.
- Infectie en naadlekkage; er zijn geen profylactische antibiotica gegeven.

REGISTREREN VAN INCIDENTEN

Het registreren van incidenten is een minder geschikte methode om de patiëntveiligheid te meten. Incidenten geven inzicht in de aard van de dingen die niet goed gaan, maar het berekenen van de incidentie of prevalentie van incidenten is niet goed mogelijk. Ten eerste worden lang niet alle incidenten gemeld, dit hangt af van de meldingsbereidheid op een afdeling of binnen een zorginstelling (kader), en ten tweede is de noemer moeilijk te bepalen. Het aantal incidenten kan weliswaar worden geteld, maar dit aantal kan heel moeilijk gerelateerd worden aan het aantal patiënten of het aantal handelingen van een zorgverlener. Incidenten bereiken lang niet altijd de patiënt en het aantal (risicovolle) handelingen van zorgverleners is niet bekend of moeilijk voorspelbaar. Een uitzondering is het meten van incidenten gerelateerd aan het verstrekken van medicatie, aangezien wat dit betreft bekend is hoeveel patiënten welke medicatie op een bepaald moment zouden moeten krijgen. Tijdens elk toedienmoment zou in principe iets verkeerd kunnen gaan (bijvoorbeeld verwisselingen van patiënten of fouten in tijdstip, dosering of aard van de medicatie).

Verderop in het hoofdstuk laten wij zien dat incidenten wel geschikt zijn om zwakke plekken in de structuur van de zorg en in de verschillende stappen van het zorgsysteem te achterhalen. Hieruit kunnen vervolgens aanknopingspunten voor verbetering worden geformuleerd.

In een organisatie waar men van incidenten wil leren, zouden alle in het kader genoemde voorbeelden gemeld worden.

COMPАЗ

COMPАЗ staat voor CultuurOnderzoek onder Medewerkers over de Patiëntveiligheid in Ziekenhuizen. Het is een bewerking van de Amerikaanse Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS). Momenteel is het internationaal gezien de meest gebruikte vragenlijst om de veiligheidscultuur te meten. De vragenlijst meet elf dimensies van patiëntveiligheidscultuur, te weten samenwerking binnen afdelingen en tussen afdelingen, goede wisseling van diensten, meldingsfrequentie, niet-straffende reactie op fouten, open communicatie, feedback en leren van fouten, verwachtingen en acties van leidinggevenden, steun vanuit het management, adequate personele bezetting en algemene perceptie van patiëntveiligheid. De resultaten laten zien wat de sterke en zwakke kanten zijn van een afdeling en kunnen richting geven aan verbeterinterventies, met als doel het creëren van de juiste randvoorwaarden voor patiëntveilige zorg.

In het kader van het landelijke veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' is het de bedoeling om de patiëntveiligheidscultuur in ziekenhuizen of op een of meer afdelingen binnen een ziekenhuis te meten. Indien de vragen-

5

lijst in meerdere ziekenhuizen wordt afgenomen, is het mogelijk om uitkomsten te spiegelen aan die van andere ziekenhuizen. Binnen één ziekenhuis kunnen verschillende afdelingen met elkaar vergeleken worden.

In Nederland wordt de lijst onder de naam 'SCOPE' gebruikt in huisartsenpraktijken en huisartsenposten. Het toepassen van de lijst maakt deel uit van de praktijkaccreditatie van huisartsenpraktijken. De lijst is ook geschikt voor andere zorgsectoren.

5.11 Methodieken om te verbeteren

Hieronder worden een aantal methodieken en activiteiten voor het verbeteren van de patiëntveiligheid beschreven. Achtereenvolgens komen aan de orde: de cultuurworkshop IZEP, prospectieve risicoanalyse zoals SAFER, BowTie en oorzakenanalyse van incidenten met PRISMA of TRIPOD.

IZEP

De ontwikkelingsstadia van de patiëntveiligheidscultuur zijn een voortdurend terugkerend concept in IZEP (Instrument voor Zelf Evaluatie van de Patiëntveiligheid). In het instrument zijn negen dimensies opgenomen die belangrijk zijn voor het managen van patiëntveiligheid en waarbij de heersende cultuur stimulerend dan wel remmend kan werken. De negen dimensies zijn prioriteit patiëntveiligheid, incidenten en verantwoordelijkheid, registratie en evaluatie van incidenten, middelen, leren en realiseren, communicatie, personeelsbeleid, bijscholing en training, en samenwerking.

IZEP (figuur 5.3) is een uitklapbaar formulier

waarop verticaal de negen dimensies (groene kolom) en horizontaal de vijf cultuurstadia zijn weergegeven. Voor elke dimensie is een beschrijving, passend bij elk van de vijf ontwikkelingsstadia van de patiëntveiligheidscultuur, weergegeven. De dimensies in IZEP zijn in eerste instantie gericht op ziekenhuisafdelingen.

De zelfevaluatie aan de hand van IZEP wordt verricht op een afdeling tijdens een workshop van circa 2,5 uur. De workshop kan zonder hulp van buitenaf door een afdeling uitgevoerd worden. Tijdens de workshop, waaraan mensen met verschillende functies (bijvoorbeeld artsen, verpleegkundigen en leidinggevenden) participeren, wordt de achtergrond van IZEP uitgelegd. Vervolgens krijgen alle deelnemers een IZEP-scoreformulier met daarbij de instructie om per dimensie de omschrijvingen, passend bij de vijf stadia van cultuurontwikkeling, door te lezen. Per dimensie wordt op het scoreformulier aangegeven in welk stadium de afdeling zich bevindt. Daarna worden de scores per tweetal en vervolgens in de gehele groep besproken. Er kunnen verschillende doelen worden bereikt met IZEP. De primaire doelen zijn een concrete invulling geven aan het begrip 'patiëntveiligheidscultuur' inclusief de ontwikkelingsstadia daarvan en op een systematische wijze discussiëren over veiligheid en cultuur. IZEP is een discussie-instrument en geen meetinstrument. Het geeft inzicht in hoe verschillende medewerkers op een afdeling de veiligheidscultuur zien, waarbij de huidige cultuur wordt gekwantificeerd (ontkennend, reactief, bureaucratisch, proactief en vooruitstrevend), sterke en zwakkere punten in die cultuur zichtbaar worden gemaakt, waardoor gerichte plannen gemaakt (en geëvalueerd) kunnen worden om de patiëntveiligheid te maximaliseren.

	ontkennend	reactief	bureaucratisch	proactief	vooruitstrevend
dimensie: incident en verantwoordelijkheid	'incidenten zijn niet te voorkomen'	incidenten zijn het gevolg van fouten van professionals of het gevolg van het gedrag van de patiënt zelf	men erkent dat net als individuen ook systemen incidenten kunnen veroorzaken	incidenten worden gezien als het gevolg van zowel individuele als systeemfouten	incidenten worden gezien als het gevolg van een combinatie van organisatorische, technische en individuele fouten

Figuur 5.3 Voorbeeld van één dimensie met één beschrijving passend bij elk van de vijf treden in de cultuurladder.

SAFER-METHODIEK

SAFER (Scenario Analyse van Faalwijzen, Effecten en Risico's) is de Nederlandse vertaling van Healthcare Failure Mode and Effect Analysis (HFMEA), een prospectieve risicoanalyse die al decennialang wordt gebruikt in de procesindustrie om voorafgaand aan het opzetten van een proces na te gaan waar het mis kan gaan, wat daarvan de gevolgen kunnen zijn en hoe deze voorkomen zouden kunnen worden. Het Amerikaanse Center for Patient Safety (www.patientsafety.gov) heeft de methode aangepast voor de gezondheidszorg. In een toenemend aantal Nederlandse ziekenhuizen wordt een prospectieve risicoanalyse gebruikt om bestaande processen te analyseren. Meer informatie over SAFER is te vinden op www.patiëntveiligheid.nl.

Bij een risicoanalyse komt een groep zorgverleners die direct betrokken zijn bij het te onderzoeken zorgproces een aantal keren bij elkaar om alle stappen van het zorgproces nauwkeurig in kaart te brengen. De groep probeert een viertal vragen te beantwoorden: 1) Wat kan er fout gaan?; 2) Waarom kan het fout gaan?; 3) Wat kan er gebeuren als het fout gaat?; en 4) Hoe erg zijn de gevolgen voor de patiënt als het fout gaat?

De gesignaleerde risico's en gevolgen worden vervolgens ingedeeld in de SAFER-ricomatrix. Een risico dat als 'zeer hoog' wordt ingeschat op grond van de frequentie van optreden vermenigvuldigd met de ernst van de gevolgen, zou meteen aangepakt moeten worden. Risico's met een lage score krijgen minder prioriteit (figuur 5.4).

De methode geeft veel inzicht in geplande of bestaande zorgprocessen en helpt veelal om pro-

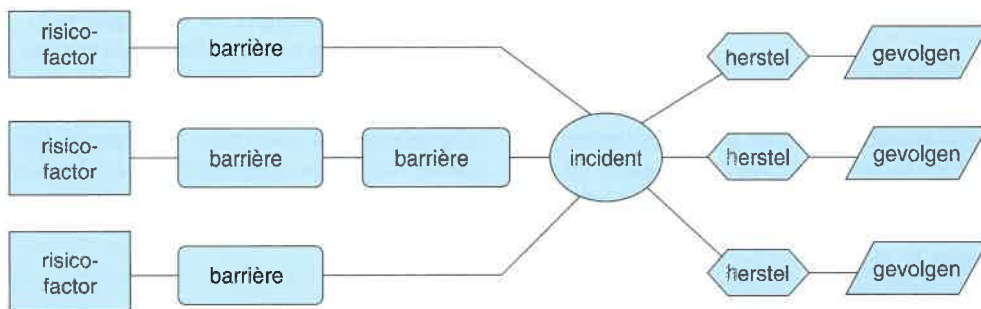
cessen te vereenvoudigen, dat wil zeggen: het aantal schakels en overdrachtsmomenten te verminderen. Het nadeel van deze methode is dat het vrij tijdsintensief is omdat verschillende zorgverleners een aantal keren bij elkaar moeten komen voor de procesbeschrijvingen en risico-indeling.

BOWTIE

De BowTie-methode is een kwalitatieve risico-analysmethode waarmee op een systematische wijze een beeld kan worden verkregen van de risico's die in een organisatie aanwezig zijn en van de preventieve en herstelmaatregelen die hierop (kunnen) worden ingezet. Het model kan een beeld geven van de manier waarop (in complexe systemen) risico's worden beheerst en gemanaged, waarbij een directe koppeling wordt gemaakt met specifieke organisatorische factoren zoals risicoperceptie, gedrag, cultuur en aanwezige middelen en competenties. De BowTie-methode is oorspronkelijk afkomstig uit de petrochemische industrie en de luchtvaart. De kern van de methode is het BowTie-diagram (figuur 5.5). Dit combineert de oorzakenboom aan de linkerkant met de consequenties rechts, eveneens weergegeven in een boomstructuur. In het midden staat in een vakje het incident waar het om gaat. Het diagram ziet eruit als een strik, passend bij de naam BowTie. Meer informatie is te vinden in een draaiboek voor het toepassen van de BowTie-methode.^[17]

		ernst			
		catastrofaal Ca (4)	groot Gr (3)	matig Ma (2)	klein Kl (1)
frequentie	wekelijks We (4)	zeer hoog (16)	zeer hoog (12)	hoog (8)	laag (4)
	maandelijks Ma (3)	zeer hoog (12)	hoog (9)	laag (6)	zeer laag (3)
	jaarlijks Ja (2)	hoog (8)	laag (6)	laag (4)	zeer laag (2)
	< 1x per jaar (1)	laag (4)	zeer laag (3)	zeer laag (2)	zeer laag (1)

Figuur 5.4 SAFER-risico-inventarisatiematrix (bron: www.patiëntveiligheid.nl).



Figuur 5.5 Voorbeeld Bow-Tie-diagram.

PRISMA, OORZAKENANALYSE VAN INCIDENTEN

Het systematisch registreren en analyseren van incidenten en zorggerelateerde schade biedt naar verwachting veel aanknopingspunten voor het verbeteren van de dagelijkse zorg in ziekenhuizen. Incidenten zijn onbedoelde gebeurtenissen met of zonder negatieve gevolgen voor patiënten. Een gedegen systematische analyse kan inzicht bieden in de basisoorzaken die ten grondslag liggen aan onbedoelde gebeurtenissen en onbedoelde zorggerelateerde schade. Uit het analyseren van calamiteiten (incidenten met ernstige of dodelijke afloop voor een patiënt) blijkt veelal dat wanneer latent aanwezige tekortkomingen in de organisatie en onvoldoende samenwerking tussen zorgverleners bij elkaar komen, deze samen met een vergissing of fout van een zorgverlener de calamiteit veroorzaken. Preventief inzicht in technische, organisatorische en menselijke tekorten kan calamiteiten mogelijk helpen voorkomen. Aan de hand van het ‘Zwitserse kaasmodel’ hebben we eerder gezien hoe een incident kan ontstaan. Pas als alle barrières falen (alle gaten komen achter elkaar te liggen), ontstaat een incident. Aangrijpingsmogelijkheden zijn dus ook op alle genoemde gebieden mogelijk, maar kunnen verschillen per afdeling en ziekenhuis.

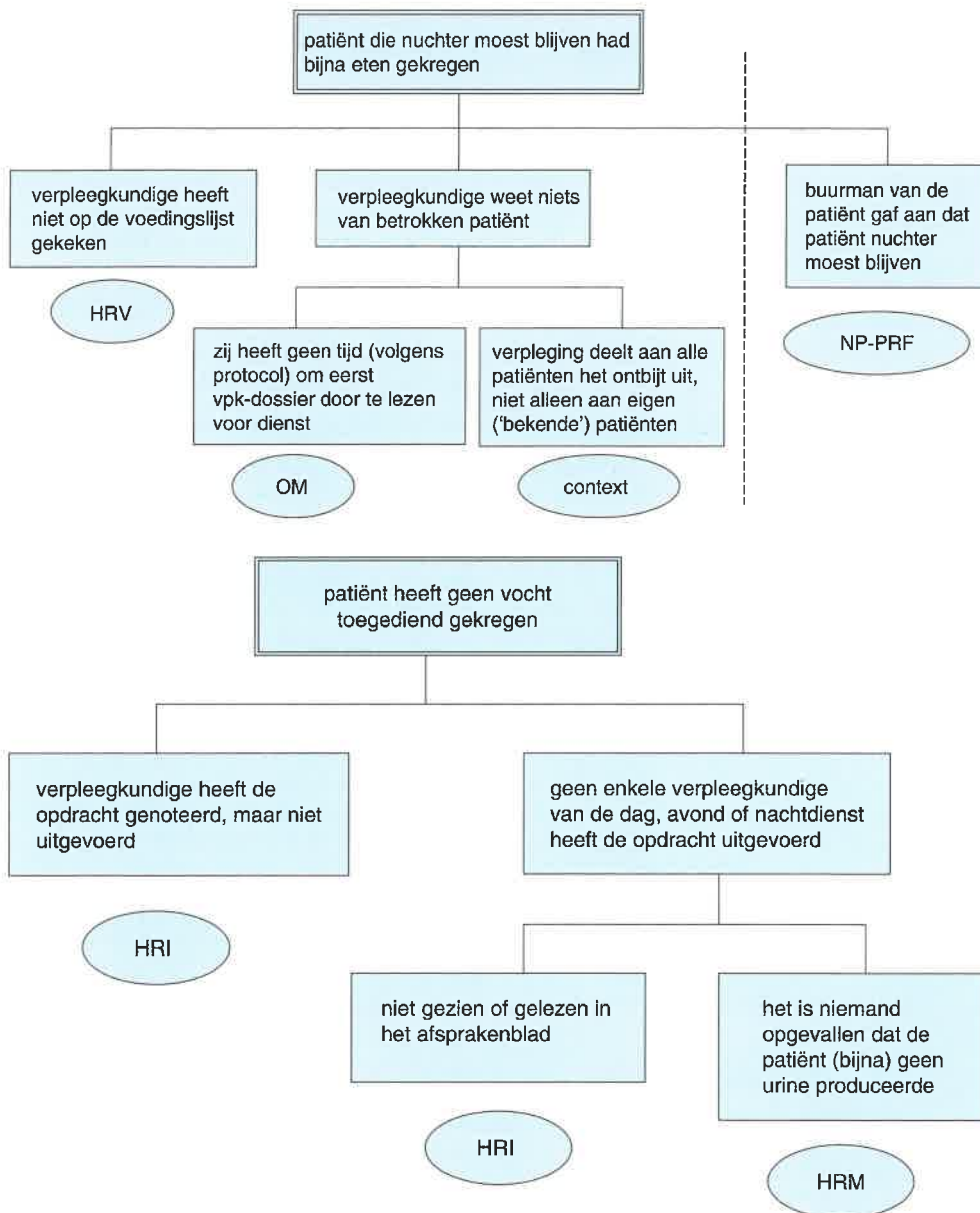
De basisoorzaken van incidenten in de zorg kunnen op verschillende manieren worden onderzocht. In Nederland wordt op dit moment vooral gebruikgemaakt van SIRE (Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie), PRISMA (Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis) en DAM (Decentrale

Analyse van Meldingen, een eenvoudige vorm van SIRE).

De PRISMA-methode bestaat uit een incident-beschrijving, het indelen van de basisoorzaken in een oorzakenclassificatie en een actiematrix om de vertaalslag te maken naar verbeteringen.^[18] PRISMA onderscheidt zich van andere oorzakenanalysemethoden doordat een groter aantal incidenten (minimaal 50) gezamenlijk geanalyseerd worden. Niet na elk incident wordt actie ondernomen, maar op basis van de analyse van diverse incidenten. Dit geeft een betrouwbaarder beeld van basisoorzaken die aan meerdere typen incidenten ten grondslag liggen. Meer informatie over oorzakenanalyses is te vinden op www.nivel.nl/liz.

TOEPASSING VAN PRISMA

Een analyse met PRISMA start met een beschrijving van een onbedoelde gebeurtenis in de vorm van een oorzakenboom (zie twee voorbeelden in figuur 5.6). De gebeurtenis wordt systematisch in basisoorzaken opgesplitst. Startend bij de topgebeurtenis wordt telkens de vraag gesteld waarom of hoe iets is gebeurd. Deze vragen worden steeds opnieuw gesteld, totdat de factoren buiten de invloedssfeer van de organisatie liggen of totdat er geen objectieve gegevens meer voorhanden zijn. Vervolgens worden de basisoorzaken geclassificeerd in een van de categorieën van het Eindhoven Classificatie Model (ECM), bestaande uit vier hoofdcategorieën van basisoorzaken (technisch, organisatorisch, menselijk en patiëntgerelateerd), met daarbinnen weer een onderverdeling in 20 subcategorieën van basisoorzaken (zie tabel 5.5).



Figuur 5.6 Twee voorbeelden van een oorzakenboom volgens de PRISMA-analyse en met basisoorzaken volgens het Eindhoven Classificatie Model (zie tabel 5.5, ook voor de gebruikte afkortingen).

Tabel 5.5 Categorieën en subcategorieën van het Eindhoven Classificatie Model van PRISMA (bron: Van Vuuren, 1997)^[19]

		Code	Categorie	Definitie
Technisch		T-ex	Extern	Technische fouten buiten de controle en verantwoordelijkheid van de onderzoekende organisatie of afdeling.
		TD	Ontwerp	Fouten als gevolg van (slecht) ontwerp van materialen, hulpmiddelen, apparatuur, software, etiketten of formulieren.
		TC	Constructie	Een correct ontwerp, dat niet juist opgezet of ingesteld is.
		TM	Materiaal	Materiële defecten die niet geassocieerd kunnen worden onder TD of TC, andere categorieën.
Organisatorisch		O-ex	Extern	Fouten op organisatorisch niveau buiten de controle en verantwoordelijkheid van de onderzoekende organisatie of afdeling.
		OK	Kennisoverdracht	Fouten ten gevolge van inadequate maatregelen om te zorgen dat situatie- of domeinspecifieke kennis of informatie wordt overgedragen aan alle nieuwe of onervaren medewerkers.
		OP	Protocollen	Fouten gerelateerd aan de kwaliteit en de beschikbaarheid van de protocollen (te gecompliceerd, onnauwkeurig, onjuist, onrealistisch, afwezig of ontoegankelijk).
		OM	Managementprioriteiten	Interne managementbeslissingen waarbij veiligheid een lagere prioriteit heeft gekregen dan als gevolg van conflicterende vraag- of doelstellingen wenselijk is. Bijvoorbeeld beslissingen over de hoeveelheid personeel.
		OC	Cultuur	Fouten als gevolg van een gezamenlijk gedachtegoed of gedragspatroon dat risico's bagatelliseert, onderschat dan wel negeert..
Menselijk		H-ex	Extern	Menselijke fouten buiten de controle en verantwoordelijkheid van de onderzoekende organisatie. Dit kan van toepassing zijn op individuen van een andere afdeling.
	Knowledge based	HKK	Redeneren	Fouten veroorzaakt door in nieuwe situatie beschikbare kennis niet of verkeerd toe te passen.
	Rule based	HRQ	Kwalificaties	Er is een niet-toegestaan verschil tussen de kwalificaties, training of opleiding van een individu en de uit te voeren taak. Voorbeeld: een verpleegkundige doet een handeling die een arts zou moeten doen.
		HRC	Coördinatie	Fouten als gevolg van een gebrek aan afstemming en coördinatie tussen verschillende medewerkers bij het uitvoeren van een taak. Voorbeeld: een essentiële taak wordt niet uitgevoerd omdat iedereen dacht dat een ander de taak zou verrichten.

		Code	Categorie	Definitie
Menselijk	Rule based	HRV	Verificatie	Tekortkomingen in de uitvoering van een correcte en complete beoordeling van een situatie inclusief relevante condities van de patiënt en benodigde materialen voordat men met de uitvoering van de taak van start gaat. Voorbeeld: het niet goed identificeren van een patiënt door zijn polsbandje te controleren.
		HRI	Interventie	Fouten als gevolg van een verkeerde planning of uitvoering van een taak. Voorbeeld: een taak wordt niet volgens protocol gedaan.
		HRM	Bewaken	Fouten bij het bewaken van het proces of de patiënt tijdens of na het uitvoeren van de taak. Voorbeeld: een getrainde laborant die zich niet realiseert dat een pipet verstopt is.
	Skill based	HSS	Fijne motoriek	Fouten met betrekking tot de fijne motoriek. Voorbeeld: een typefout.
		HST	Grove motoriek	Fouten met betrekking tot de grove motoriek. Voorbeeld: vallen of iets omstoten.
Overige factoren	PRF	Patiëntgerelateerd	Fouten, gerelateerd aan eigenschappen of de conditie van de patiënt, die buiten de controle van het personeel liggen en die de behandeling beïnvloeden. Voorbeeld: een patiënt vertelt niet dat hij een allergie heeft, terwijl daar wel specifiek naar is gevraagd.	
	X	Overige factoren	Fouten die niet geïnclassificeerd kunnen worden in een van de andere categorieën. Voorbeeld: omdat de arts pech had met zijn auto, kwam hij te laat om zijn dagelijkse patiëntenronde te doen.	

5.12 Veiligheidsprogramma

In 2008 is het landelijke veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' van start gegaan. Het programma heeft een looptijd van vijf jaar en tot doel de potentieel vermijdbare schade met 50% te reduceren. Alle ziekenhuizen werken aan het programma mee door het implementeren van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) en de invoering van best practices op tien inhoudelijke thema's (zie kader). De afspraak van alle relevante veldpartijen is dat ziekenhuizen eind 2012 een geaccrediteerd of gecertificeerd VMS hebben en de gestelde doelstellingen van de tien thema's hebben bereikt. Accreditatie of certificering vindt plaats volgens de eisen van de Nederlands Technische Afspraak (NTA) 8009 (2007). Erkende instanties zoals HKZ, NIAZ en Lloyds zijn bevoegd de toetsing uit te voeren. In overleg met de In-

spectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is een beperkte set indicatoren ontwikkeld, waarmee de IGZ kan toetsen of ziekenhuizen aan het VMS en de thema's werken dan wel er goed op scoren.

De tien inhoudelijke thema's van het landelijke veiligheidsprogramma 2008-2012

1. *Voorkomen van wondinfecties na een operatie*
Postoperatieve wondinfecties (POWI's) behoren tot de meest voorkomende complicaties bij patiënten die een operatie hebben ondergaan in het ziekenhuis. POWI's zijn niet altijd te vermijden, maar kunnen worden teruggedrongen door het zo optimaal mogelijk verlenen van zorg volgens de actuele richtlijnen.

5

2. Voorkomen van lijnsepsis en behandeling van ernstige sepsis

Sepsis is een gegeneraliseerde ontstekingsreactie veroorzaakt door een infectie. Sepsis is de belangrijkste doodsoorzaak op de intensive care. Sepsis is moeilijk te herkennen, waardoor de behandeling vaak (te) laat wordt gestart.

3. Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt

Uit onderzoek blijkt dat patiënten voorafgaand aan een circulatiestilstand vaak signalen van lichamelijke instabiliteit laten zien. Binnen zes uur voorafgaand aan de instabiliteit doen zich verschillende verschijnselen voor. Vroegtijdige herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt kan de mortaliteit verminderen en mogelijk het aantal reanimaties reduceren.

4. Medicatieverificatie bij opname en ontslag

Iedere patiënt die wordt opgenomen in een ziekenhuis loopt het risico om als gevolg van onjuiste registratie van de gebruikte medicijnen de verkeerde medicatie te krijgen, meer of minder van het middel te krijgen of medicatie niet te krijgen die wel was voorgeschreven. Daarom is er steeds meer aandacht voor het identificeren en voorkomen van medicatiefouten bij opname, overplaatsing en ontslag.

5. Kwetsbare ouderen

Een ziekenhuisopname is voor kwetsbare oudere patiënten risicovol vanwege hun verhoogde kans op complicaties die leiden tot functieverlies. Dit leidt in het dagelijks leven tot een grotere afhankelijkheid, waardoor de zelfredzaamheid en het zelfstandig wonen worden bedreigd.

6. Voorkomen van nierinsufficiëntie bij intravasculair gebruik van jodiumhoudende middelen

In Nederland worden naar schatting jaarlijks een half tot één miljoen onderzoeken verricht

waarbij intravasculair (intraveneus of intra-arterieel) jodiumhoudende contrastmiddelen worden toegediend. Dit kan leiden tot een acute vermindering van de nierfunctie.

7. Verwisseling van en bij patiënten

Uit literatuur blijkt dat een aanzienlijk deel van de vermijdbare schade door verwisseling van patiënten in ziekenhuizen optreedt voor, tijdens en na het operatieve proces.

8. High risk medication: klaarmaken en toedienen van parenteralia

Uit de Centrale Medicatiefouten Registratie (CMR) blijkt dat de meeste medicatiefouten optreden bij parenterale geneesmiddelen. Dit zijn alle geneesmiddelen die worden geïnjecteerd. Ondanks het feit dat een medicatie-incident niet altijd te vermijden is, geeft de uitkomst van onderzoek naar fouten met geneesmiddelen aan dat verbetering mogelijk is.

9. Vroege herkenning en behandeling van pijn

Twee derde van de patiënten in ziekenhuizen ervaart pijn. Uit onderzoek blijkt dat pijn nog steeds te weinig herkend en behandeld wordt. In de praktijkgids 'Vroege herkenning en behandeling van pijn' heeft het expertteam een eenduidige werkwijze voor pijnmeting en pijnbehandeling geformuleerd die ziekenhuisbreed toepasbaar is.

10. Optimale zorg bij acute coronaire syndromen

Verschillende studies hebben aangetoond dat er een verband bestaat tussen de kwaliteit van de geleverde zorg na het optreden van een acuut coronaire syndroom (ACS) en de mortaliteit. Binnen het VMS Veiligheidsprogramma wordt gestreefd naar het verminderen van sterfte ten gevolge van een ACS. De exacte details van deze doelstelling worden door het expertteam ACS bepaald.

Bron: vmszorg.nl

Kernpunten

- Meer dan gewenst gaan er dingen mis in de dagelijkse zorgverlening aan patiënten, ondanks de beste voornemens van professionals en de goede initiële opleiding.
- Fouten worden deels uitgelokt door de omgeving waarin zorgverleners hun werk moeten uitvoeren.
- Om fouten en mogelijke vermijdbare schade in de toekomst te voorkomen, worden in ziekenhuizen diverse instrumenten en methoden ingezet, zoals het analyseren van incidenten, teamtraining, gestandaardiseerde communicatie en verbeteringen in de veiligheidscultuur.
- Het is belangrijk dat deze methodieken deel gaan uitmaken van de dagelijkse praktijk.
- In de huidige complexe gezondheidszorg is een goed medicus niet alleen medisch expert, maar heeft hij/zij ook andere rollen, waaronder die van communicator en organisator.

Literatuur

- 1 Wagner C, Wal G van der. Voor een goed begrip. *Medisch Contact* 2005;60:1888-91.
- 2 Wagner C, Smits M, Wagtenonk I van, Zwaan L, Lubberding S, Merten H, Timmermans DRM. Oorzaken van incidenten en onbedoelde schade in ziekenhuizen: een systematische analyse met PRISMA, op afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH), chirurgie en interne geneeskunde. Utrecht/Amsterdam: NIVEL, EMGO instituut, 2008.
- 3 Institute of Medicine (IOM). *To err is human: Building a safer health system*. Washington DC: The National Academy Press, 2000.
- 4 Bruijne MC de, Zegers C, Hoonhout LHF, Wagner C. Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004. Amsterdam/Utrecht: EMGO/NIVEL, 2007.
- 5 Peeters M, Langelaan M, Kok I, Wagner C. Pilotstudie zorggerelateerde schade in de GGZ en verlosingszorg. Utrecht: Trimbos/NIVEL, 2009.
- 6 Harmsen M, Giesen P, Martijn L, Mettes TH, Verstappen W, Nijhuis-Van der Sanden R, Wensing M. *Patiëntveiligheid in de eerstelijnszorg anno 2009*. Nijmegen: IQ healthcare, 2009.
- 7 Meister D, Enderwick TP. *Human factors in system design, development and testing*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc. Publishers, 2002.
- 8 Wickens CD, Hollands JG. *Engineering psychology and human performance*. New Jersey: Prentice-Hall Inc., 2000.
- 9 Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000;320:768-70.
- 10 Reason J, Carthey J, de Leval MR. Diagnosing 'vulnerable system syndrome': an essential prerequisite to effective risk management. *Qual Health Care* 2001;10(Suppl II):ii21-5.
- 11 Zwaan L, Bruijne MC de, Wagner C, Thijs A, Smits M, Wal G van der, Timmermans DRM. Patient record review of the incidence, consequences, and causes of diagnostic adverse events. *Arch Intern Med* 2010;170:1015-21.
- 12 Bemt PMLA, Egberts TCG. *Hospital Admissions*

Related to Medication (HARM). Utrecht: Utrecht Institute for Pharmaceutical Science, 2006.

- 13 Martowiriono K, Jansma JD, Luik SJ van, Wagner C, Bijnen AB. Possible solutions for barriers in incident reporting by residents. Geaccepteerd door *Journal of Practice Evaluation*.
- 14 Westrum R. A typologie of organisational cultures. *Qual Saf Health Care* 2004;13:22-7.
- 15 Taylor-Adams S, Vincent C. *Systems analysis of clinical incidents. The London Protocol*. London: Imperial College, 2004. (www.csru.org.uk)
- 16 Bosch WF, Silberbusch J, Roozendaal KJ, Wagner C. Variatie codering in patiëntgegevens beïnvloedt gestandaardiseerd ziekenhuissterftecijfer (HSMR). *Ned Tijdschr Geneesk* 2010;154:A1189.
- 17 Wierenga PC, Lie-A-Huen L, Voskuilen B, Jurriëns J. *Draaiboek Bow-Tie*, Utrecht/Amsterdam: CBO/AMC, 2006.
- 18 Schaaf TW van der, Habraken MMP. *PRISMA methode medische versie: een korte omschrijving*. Eindhoven: Eindhoven University of Technology, 2005.
- 19 Vuuren W van. *Organisational failure: an exploratory study in the steel industry and the medical domain*. Eindhoven: Eindhoven University of Technology, 1997.

Websites

www.hf.faa.gov/webtraining/HFModel/HFInterModel/overview.htm. Het human factors model: uitleg over human factors en relatie mens-machine.

www.VMSzorg.nl. Website van veiligheidsmanagementsysteem. Hierop zijn o.a. de volgende meetinstrumenten te vinden: IZEP (Instrument voor Zelfevaluatie van de Patiëntveiligheidscultuur) en COMPaZ (Cultuur-Onderzoek onder Medewerkers over Patiëntveiligheid in de Zorg).

www.nivel.nl/LIZ. Veel informatie over het melden, analyseren en verbeteren op basis van incidenten is te vinden op de LIZ-website. LIZ staat voor *Leren van Incidenten in de Zorg*.

www.patientsafety.gov. Website van het Amerikaanse Center for Patient Safety.

Kwaliteitsverbetering en implementatie in de dagelijkse praktijk

A. Goossens, M.E.J.L. Hulscher en R.P.M.G. Hermens

Samenvatting

Waardevolle inzichten over gewenste zorg vinden meestal niet vanzelf hun weg naar de dagelijkse praktijk. Hierdoor wordt, veelal onbewust, optimale zorg onthouden aan patiënten. In dit hoofdstuk wordt een systematische aanpak uiteengezet om tot kwaliteitsverbetering te komen.

Het startpunt van kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg kunnen de ideeën of ervaringen zijn binnen de eigen werksetting over hoe de patiëntenzorg effectiever of doelmatiger kan. Daarnaast kan er buiten de eigen werksetting nieuwe wetenschappelijke informatie beschikbaar komen die erop wijst dat de zorg voor patiënten beter kan. Beide informatiebronnen kunnen een proces van verandering, ofwel kwaliteitsverbetering, in gang zetten. Om tot optimale implementatie van kwaliteitsverbetering te komen, is het belangrijk om stapsgewijs op geplande en systematische wijze verbeteringen door te voeren. Allereerst dient helder geformuleerd te worden wat 'optimale zorg' precies inhoudt (stap 1). Als men erin geslaagd is de optimale zorg te definiëren en een concreet voorstel voor verandering te formuleren, is een analyse van de huidige zorg de volgende belangrijke stap om te komen tot verbetering van de patiëntenzorg (stap 2). Vervolgens dient in kaart gebracht te worden waarom de huidige zorg eigenlijk is zoals die is en welke factoren van invloed zijn op het wel of niet toepassen van de optimale zorg (stap 3). Op geleide van deze informatie dient een passende verbeterstrategie ontwikkeld (stap 4), getest (stap 5) en geëvalueerd (stap 6) te worden. Deze aanpak van het implementeren van kwaliteitsverbetering in de zorg wordt uitgebreid beschreven in het boek *Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg* van Grol en Wensing (2006).^[1]

Leerdoelen

Na de bestudering van dit hoofdstuk is de lezer in staat om:

- het uitvoeren van een implementatietraject te beschrijven volgens een implementatiemodel waarbij zes stappen worden gehanteerd te beschrijven;
- de noodzaak tot het concreet definiëren van beoogde optimale zorg te benoemen, alvorens een implementatietraject op te starten (stap 1);
- te beschrijven hoe de huidige zorg in kaart te brengen (stap 2);
- te beschrijven hoe beïnvloedende factoren bij kwaliteitsverbetering geïnventariseerd kunnen worden en hoe een probleemanalyse kan worden uitgevoerd (stap 3);
- te beschrijven hoe men interventies selecteert en een verbeterstrategie op maat ontwikkelt (stap 4);
- aan te geven dat een verbeterstrategie idealiter op kleine schaal gepland, uitgevoerd en bijgesteld behoort te zijn alvorens deze grootschalig toe te passen (stap 5);
- het belang van het evalueren van de resultaten van de verbeterstrategie aan te geven (stap 6).

6.1 De aanleiding tot kwaliteitsverbetering in de dagelijkse praktijk

De verbetering van de kwaliteit van de zorg en het onderwerp ‘medische fouten’ of ‘medische misers’ staat de laatste jaren sterk in de politieke belangstelling en in de schijnwerpers van de media. Vrijwel elke Nederlander vindt het in zijn of haar leven het allerbelangrijkste dat zijn of haar gezondheid goed is en goed blijft. Binnen de geneeskunde worden jaarlijks duizenden studies verricht om uit te zoeken bij welke behandeling een patiënt het meeste baat heeft. En al meer dan twintig jaar wordt er onderzoek uitgevoerd naar problemen rondom het invoeren van al die nieuwe inzichten in de dagelijkse gezondheidszorgpraktijk. Telkens weer blijkt dat het publiceren of anderszins verstrekken van kennis over effectieve of doelmatige zorg niet automatisch leidt tot het verlenen van deze wenselijke zorg in de dagelijkse praktijk (zie kader). Zelfs als professionals kennis hebben genomen van nieuwe inzichten, treedt veeleer niet automatisch een verandering op in het dagelijks handelen. Alhoewel dat op het eerste gezicht ongeloofwaardig lijkt, want waarom zouden bevlogen professionals niet de best mogelijk kwaliteit van zorg aan hun patiënten geven en staat de wetenschappelijke literatuur bol van voorbeelden waaruit blijkt dat een groot deel van de patiënten niet de zorg krijgt die op basis van wetenschappelijke resultaten of ‘best practices’ wenselijk is?

Kwaliteitsverbetering in de praktijk, een voorbeeld

Ziekenhuisinfecties veroorzaken ernstig ongemak bij patiënten en kunnen in sommige gevallen zelfs dodelijk aflopen. Bovendien leiden ziekenhuisinfecties tot een langere opname duur en hogere kosten. Ongeveer 1 tot 5% van de patiënten met een ziekenhuisinfectie overlijdt aan de gevolgen daarvan, hetgeen in Nederland neerkomt op 1000 tot 6000 dodelijke slachtoffers per jaar. Ter vergelijking: het aantal verkeersdoden bedroeg 675 in 2009. Ziekenhuisinfecties leiden alleen al in Nederland tot een geschatte kostenpost van 400 miljoen euro per jaar.

Het onvoldoende toepassen van handhygiëne is een belangrijke oorzaak van het ontstaan van ziekenhuisinfecties. Verbetering van handhygiëne wordt beschouwd als de belangrijkste maatregel om het risico op de overdracht van micro-organismen van medewerkers naar patiënten te verkleinen.^[1]

Het belang van handhygiëne in een medische omgeving werd rond 1850 voor het eerst aangetoond door de Hongaar Ignaz Semmelweis, vrouwenarts in het Weense Allgemeines Krankenhaus. Kraamvrouwenkoorts was in die tijd een veelvoorkomende ziekte waaraan tot wel 25% van de kraamvrouwen in ziekenhuizen overleed. Semmelweis toonde aan dat het steriliseren van instrumenten en het wassen van de handen met een oplossing van chloorzure kalk het percentage kraamvrouwenkoorts op obstetrische afdelingen zeer aanzienlijk (tot 19%) deed dalen.

Sindsdien is er veel wetenschappelijk bewijs beschikbaar gekomen dat het belang van handhygiëne onderbouwt, onder andere samengevat in een systematische literatuurstudie van negen gerandomiseerde gecontroleerde studies waarin geconcludeerd wordt dat het effect zo groot is dat ‘if hand hygiene were a new drug it would be used by all’.^[3]

In Nederland is in de richtlijn ‘Handhygiëne medewerkers’ vastgelegd wat er onder handhygiëne wordt verstaan, de wijze waarop handhygiëne moet worden toegepast en de momenten (indicaties) voor handhygiëne (Werkgroep Infectiepreventie (WIP), 2007, zie: www.wip.nl). De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) beschouwt de richtlijnen van de werkgroep als professionele standaarden en de Nederlandse ziekenhuizen baseren hun protocollen op deze richtlijn.

Desondanks, nu zo’n 160 jaar na de ontdekking van Semmelweis, worden handhygiënerules nog steeds niet goed nageleefd. Recent onderzoek in 24 Nederlandse ziekenhuizen toont aan dat de voorschriften met betrekking tot handhygiëne in minder dan 19,5% van alle relevante situaties worden nageleefd.^[4]

Dus: hoewel het belang van handhygiëne om infecties te vermijden al lang bekend is en er een overdaad aan wetenschappelijke onderbouwing bestaat, raakt de meest doeltreffende en goedkoopste handeling bij pro-

professionals in het ziekenhuis toch onvoldoende ingeburgerd.

Handhygiëne zal in dit hoofdstuk regelmatig als voorbeeld terugkeren om de verschillende stappen in het verbeteren van de kwaliteit van zorg toe te lichten.

Maatregelen als het stoppen met roken of gebruik van acetylsalicylzuur, bètablokkers, hypertensiebehandeling, cholesterolverlagende middelen en antistolling hebben allemaal hun waarde bij specifieke (hoogrisico)groepen van patiënten duidelijk bewezen. Toch worden deze maatregelen niet consequent toegepast bij patiënten die het nodig hebben. De oorzaak daarvan is velerlei. Zo kan het zijn dat een arts twijfelt aan de wetenschappelijke onderbouwing van een bepaalde maatregel ('Dit effect is slechts aangetoond in één trial') of dat de industrie in belangrijke mate de keuze voor een bepaald geneesmiddel beïnvloedt. Ook verandert de kennis die professionals hebben over gewenste patiëntenzorg in de loop van de tijd. Dit gebeurt onder invloed van wetenschappelijke, maar ook door maatschappelijke ontwikkelingen. Zo bleek het effect van een schapenvacht tegen het ontwikkelen van decubitusplekken bij bedlegerige patiënten uiteindelijk wetenschappelijk niet goed aantoonbaar en dit inzicht had gevolgen voor de toepassing ervan.^[5] De maatschappelijke invloed deed zich gelden toen besloten werd om alle meisjes in Nederland vanaf 12 jaar te vaccineren tegen het mogelijk ontwikkelen van baarmoederhalskanker, terwijl op maatschappelijk niveau werd getwijfeld aan de volledige veiligheid van het vaccin. En toch is het noodzakelijk dat professionals in de gezondheidszorg 'lifetime learners' zijn, die kritisch blijven kijken naar (het nut van) hun eigen handelen en zichzelf up-to-date houden met nieuw gegenereerde kennis. Het bizarre feit wil namelijk dat een groot deel van de kennis die een professional opdoet tijdens de opleiding tot arts, verpleegkundige of paramedicus reeds is verouderd tegen de tijd dat zij de opleiding hebben afgerond. Het behandelen van een trombosebeen bijvoorbeeld is verplaatst van de kliniek naar de thuissituatie, chirurgisch patiënten kunnen met een nog open wond ontslagen worden uit het ziekenhuis waar bij men de wond thuis laat sluiten met behulp

van een VAC (vacuum-assisted wound closure). Het volgen van nascholingen en het bijhouden van vakliteratuur is noodzakelijk om op de hoogte te blijven van wat de huidige stand van kennis is op het gebied van het leveren van kwalitatief goede zorg aan patiënten.

Omdat vele waardevolle inzichten over gewenste zorg niet vanzelf hun weg naar de dagelijkse praktijk vinden, moet voor de doorvoering van een verandering een actief beleid gevoerd worden. In dit hoofdstuk noemen we het actief invoeren van gewenste zorg in de dagelijkse praktijk 'implementatie' (zie ook hoofdstuk 7). Dit betreft gewenste zorg waarvan, op basis van wetenschappelijk onderzoek óf op basis van aantoonbaar goede ervaringen in de praktijk (zogenoemde best practices), vast is komen te staan dat deze bijdraagt aan betere zorg voor of betere uitkomsten bij patiënten, zoals minder pijn, minder mortaliteit of verbetering van de kwaliteit van leven. Implementatie van gewenste zorg kan overigens ook betekenen dat ongewenste zorg afgeschaft dient te worden. Bekende voorbeelden hiervan zijn het afschaffen van het standaard voorschrijven van antibiotica aan kinderen met otitis media of het niet langer standaard preoperatief nuchter houden van patiënten vanaf 24 uur 's nachts. Het afschaffen van handelingen die veelal routinematig worden uitgevoerd, wordt ook wel de-implementatie genoemd. Overigens kan het afschaffen van oude (be)handelingen net zo moeizaam verlopen als het invoeren van nieuwe. Een voorbeeld hiervan is het afschaffen van het desinfecteren van de huid voorafgaand aan een injectie.^[6]

In de dagelijkse praktijk zijn er legio redenen om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Zo kan een persbericht over een medische fout aanleiding zijn voor het opstellen van een landelijke richtlijn die de zorg moet verbeteren. Of kan het bekendmaken van gegevens, bijvoorbeeld het percentage postoperatieve wondinfecties op een chirurgische afdeling, aanleiding zijn tot initiatie van een verbeterproject. Grofweg kunnen onderwerpen die aanleiding geven tot kwaliteitsverbetering in de zorg als onderdelen van de domeinen professionele, organisatorische en patiëntgerichte kwaliteit (zie figuur 1.3, hoofdstuk 1) worden verdeeld in vier categorieën, te weten:

- 1 evidence-based werken;
- 2 patiëntveiligheid;

- 3 patiëntenlogistiek;
- 4 patiëntgerichtheid.

Evidence-based werken

De professional dient zoveel mogelijk 'evidence-based' te werken. Dit betekent dat hij of zij in de dagelijkse patiëntenzorg waar mogelijk resultaten van wetenschappelijk onderzoek, bijvoorbeeld in de vorm van protocollen of richtlijnen, dient te incorporeren in zijn of haar handelen. Die resultaten die voortkomen uit wetenschappelijk onderzoek worden kortweg 'evidence' genoemd. Bij gebrek aan een passende Nederlandse vertaling wordt deze term veelal gebruikt of vrij vertaald als 'bewijs'. Professionals zijn echter gewend om autonoom te werken en ook hierbij geldt dat het niet vanzelfsprekend is dat bestaande evidence automatisch toegepast wordt en de patiënt ten goede komt.

Patiëntveiligheid

Binnen het thema patiëntveiligheid wordt aandacht besteed aan het optimaliseren van veilige zorg en zo nodig aan het afschaffen van onveilige zorg. Sinds in Amerika in 1999 het rapport 'To err is human' verscheen, raakte men in de gezondheidszorg doordrongen van het feit dat menselijk falen vele levens per jaar kost.^[7] In ziekenhuizen worden dan ook allerlei projecten uitgevoerd ter verbetering van de veiligheid in de zorg, bijvoorbeeld om verwisseling van patiënten of medicijnen te voorkomen, om vitaal bedreigde patiënten vroeg te herkennen et cetera.

Patiëntenlogistiek

Onderwerpen die zich lenen voor verbetering op het gebied van logistiek zijn bijvoorbeeld het terugdringen van de toegangstijden (dat wil zeggen de tijd tussen verwijzing door de huisarts en eerste consult op de polikliniek) en/of wachttijden op de polikliniek (de tijd dat een patiënt gemiddeld moet wachten in de wachtruimte alvorens hij te woord wordt gestaan door een arts). Ook het optimaliseren van het gebruik van diagnostische apparatuur, zoals een CT-scanner, is onderdeel van patiëntenlogistiek.

Patiëntgerichtheid

Patiëntgerichtheid houdt zich bezig met onderwerpen die uiteenlopen van tevredenheid van de patiënt tot bejegening en goede dienstverlening

door professionals in de gezondheidszorg. De huidige patiënt komt uiteraard naar de zorgverlener toe om van een gezondheidsprobleem verlost te worden, maar wenst daarbij ook vriendelijk en waardig bejegend te worden. Ook op het gebied van gedeelde besluitvorming en informatievoorziening aan patiënten valt nog veel winst te boeken.

Binnen de vier genoemde categorieën, wordt onderscheid gemaakt tussen onderwerpen die zich intramuraal en extramuraal afspelen.

- De ideeën of ervaringen *binnen de eigen werksetting* over hoe de patiëntenzorg effectiever of doelmatiger kan worden gemaakt, kunnen het startpunt van kwaliteitsverbetering zijn. Aanleiding voor voorstellen om de zorg te verbeteren, is het signaleren dat een bepaalde werkwijze niet optimaal is of zelfs tot problemen leidt. Belangrijke signalen zijn bijvoorbeeld medische fouten of ongewenste voorvallen in de eigen huisartspraktijk, ziekenhuis- of verpleegafdeling. Ook gegevens uit 'audits' of uit patiënttevredenheidsonderzoek kunnen aanleiding geven tot het willen verbeteren van de zorg.
- Niet alleen binnen maar ook *buiten de eigen werkssetting* kan nieuwe wetenschappelijke informatie beschikbaar komen waaruit blijkt dat de zorg effectiever of doelmatiger kan. De aanleiding kan zijn het verschijnen van een publicatie in een gezaghebbend tijdschrift, van een systematische literatuuranalyse of een landelijke richtlijn of van een nieuw zorg- of preventieprogramma waarmee goede ervaring in de praktijk is opgedaan. Ook druk vanuit de politiek, de Inspectie voor de Gezondheidszorg of druk om de concurrentiepositie te handhaven kan een prikkel tot verandering geven. Zo kan een ziekenhuis besluiten om een 'snelpoli' op te starten voor vrouwen bij wie verdenking bestaat op een mammacarcinoom, waar deze vrouwen binnen één dag een diagnose en behandelplan krijgen. Dit voorbeeld heeft aspecten in zich van twee van de vier categorieën, namelijk de logistiek ('Hoe richt ik handig een polikliniekruimte in en hoe krijg ik artsen van verschillende disciplines op één bepaald tijdstip in de overlegkamer?') en patiëntgerichtheid ('Zijn deze vrouwen meer tevreden op een

snelpoli dan op een reguliere poli en is de informatievoorziening er beter?').

Beide situaties, de ene meer intramuraal gemotiveerd en de andere extramuraal, kunnen een proces van verandering en kwaliteitsverbetering in gang zetten.

6.2 Kwaliteitsverbetering in de dagelijkse praktijk: een implementatiemodel

Wanneer professionals gemotiveerd zijn om aan kwaliteitsverbetering te werken, dan is de vervolgvraag hoe dat verbetertraject het beste uitgevoerd kan worden opdat de inspanningen van alle betrokkenen ook daadwerkelijk leiden tot verbetering van kwaliteit. Er zijn legio mogelijkheden tot het vormgeven van verbeterprocessen. De zoekterm 'kwaliteitsverbetering' leidt via Google bijvoorbeeld tot meer dan anderhalf miljoen hits. Ook in de wetenschappelijke literatuur worden vele theorieën en modellen beschreven waarin uiteengezet wordt op welke wijze een verbeterproces het best aangepakt kan worden. Er is dus niet één superieur model dat voor elk onderwerp geschikt is. Echter, wanneer we alle publicaties over kwaliteitsverbetering op een rij zetten, inclusief de vele verbeterstudies die samengevat zijn in systematische literatuuroverzichten (systematische reviews) en zelfs in 'reviews van reviews' (metareviews), blijkt dat telkens dezelfde cruciale elementen van succesvol verbeteren naar voren komen, zoals beschreven door Grol en Wensing (zie kader). Dat betekent dat het bij elk verbetertraject raadzaam is om deze principes toe te passen.

Elementen van 'effectief verbeteren' volgens de literatuur

- Een systematische aanpak en een goede planning van verbeteractiviteiten.
- Kwaliteitsverbetering betekent voor de doelgroep het doorlopen van een stapsgewijs proces.
- De doelgroep betrekken bij zowel de ontwikkeling en aanpassing van de innovatie als bij het plannen van kwaliteitsverbetering.

- Aandacht voor de innovatie zelf: is het een 'goed' product?
- In kaart brengen van werkelijke zorg en de afwijking van de beoogde werkwijze.
- Diagnostische analyse van doelgroep en setting vóór de start van verbeteren.
- Subgroepen uit de doelgroep kunnen in verschillende fasen van het verbeteringsproces zitten en verschillende behoeften hebben; houd rekening met segmenten in de doelgroep.
- Keuze van verbeteractiviteiten koppelen aan bevindingen van de diagnostische analyse.
- Aandacht voor praktische maatregelen en voor het creëren van een context voor verandering.
- Vaak is een enkelvoudige maatregel onvoldoende; zoek dan naar een kosteneffectieve mix van maatregelen en activiteiten.
- Onderscheid maken in fasen van verbeteren (implementeren, integreren, verspreiden en behouden): verschillende maatregelen en strategieën zijn effectief in verschillende fasen.
- Juiste maatregelen nemen op verschillende niveaus: landelijk, lokaal, team, praktijk, professional, patiënt.
- De kwaliteitsverbetering inbouwen in bestaande structuren en streven naar langetermijneffecten.
- Continue evaluatie van het verbeterproces en het resultaat ervan; feedback geven aan doelgroep.

Grol en Wensing, 2006¹¹

In de meeste literatuur over implementatie worden, uitgaand van deze principes, min of meer dezelfde stappen beschreven om op *geplande en systematische wijze* tot succesvolle kwaliteitsverbetering te komen. Hoewel de wetenschappelijke onderbouwing van deze principes vooralsnog beperkt is (er is bijvoorbeeld nog niet aangetoond dat het 'onderscheiden van subgroepen' daadwerkelijk leidt tot betere implementatie), geven ze een duidelijke leidraad voor de praktijk. Het model dat in dit hoofdstuk gehanteerd wordt, is een samenvatting van die literatuur en volgt de praktijk van verbetertrajecten zo goed mogelijk. Het model is stapsgewijs weergegeven in figuur 6.1. In de geschetste stappen is de eerder beschre-

ven kwaliteitscyclus herkenbaar (zie ook hoofdstuk 1) met daarbinnen de diagnostische fase (stap 1-3) en de therapeutische fase (stap 4-6). De zes stappen zoals weergegeven in dit implementatiemodel worden in dit hoofdstuk toegelicht en zoveel mogelijk van (praktijk)voorbeelden voorzien.

6.3 Stap 1: Het definiëren van optimale zorg en de ontwikkeling van een concreet voorstel voor verandering

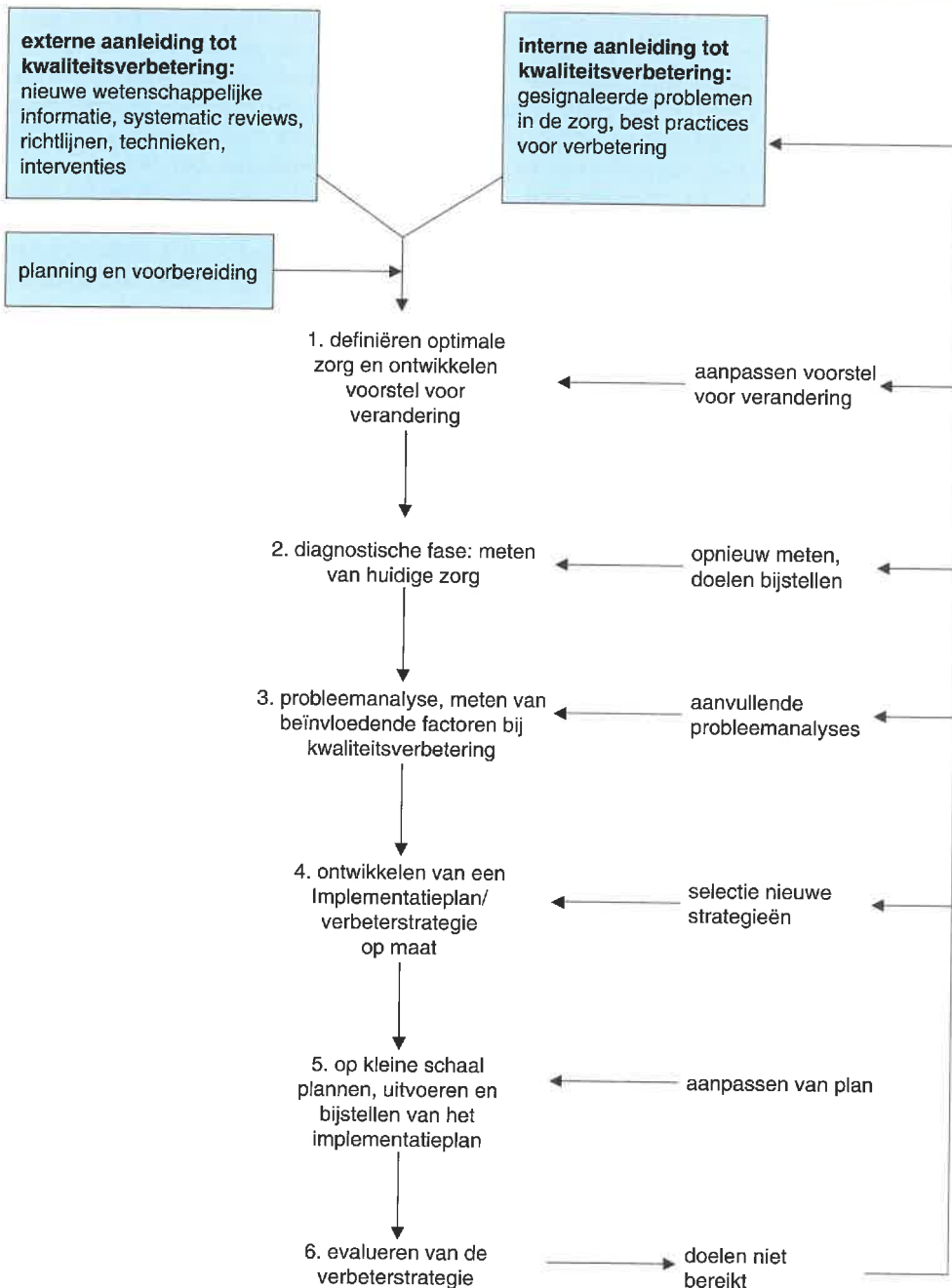
Voordat een verander- of implementatietraject opgestart wordt, is het van essentieel belang om allereerst vast te leggen wat optimale zorg is. Het definiëren van optimale patiëntenzorg en het opstellen van een helder voorstel voor de gewenste verbetering, is de eerste stap in het implementatiemodel. Echter, wat is de definitie van optimale patiëntenzorg?

6.3.1 DE DEFINITIE VAN OPTIMALE ZORG EN HET OPSTELLEN VAN EEN CONCREET VERBETERPLAN

Concrete inzichten uit wetenschappelijke literatuur kunnen een leidraad bieden bij het definiëren van optimale zorg. In evidence-based richtlijnen wordt de stand van kennis ten aanzien van een bepaalde behandeling op systematische wijze samengevat. Zij kunnen een belangrijk hulpmiddel vormen bij het invoeren van nieuwe werkwijzen en verbeteringen in de zorg voor patiënten (zie tabel 6.1). In richtlijnen is samengevat hoe heden ten dage de optimale patiëntenzorg eruit zou moeten zien. Richtlijnen zijn dus een hulpmiddel in de vertaalslag van onderzoekresultaten en nieuwe inzichten naar de klinische praktijk, waarmee de kwaliteit van zorg kan worden verbeterd. Een belangrijke voorwaarde is echter dat richtlijnen van zodanige kwaliteit en toegankelijkheid zijn dat ze door de doelgroep geaccepteerd worden en ook daadwerkelijk worden toegepast. In hoofdstuk 2 is op deze kwaliteitseisen reeds nader ingegaan. Tegenwoordig worden richtlijnen op steeds grotere schaal ontwikkeld door wetenschappelijke verenigingen, overheidsorganen, verzekeraars en patiëntenorganisaties.

Echter, wat optimale zorg is, staat uiteraard

niet alleen beschreven in richtlijnen. Professionals worden voor vele keuzes gesteld en nemen dagelijks tientallen beslissingen. Voor het merendeel van de beslissingen in de patiëntenzorg is (nog) onvoldoende harde en overtuigende evidence voorhanden. Om toch uniformiteit in het handelen te krijgen, is het wenselijk dat er richtlijnen worden ontwikkeld, maar bij gebrek aan evidence worden dat richtlijnen die vooral op consensus gebaseerd zijn. De aanbevelingen die gebaseerd zijn op consensus zijn veelal de opinie van een groep van experts op een bepaald vakgebied die hun stand van kennis (en ervaring) samenvatten in een aanbeveling. Alhoewel deze de professional – onder andere juridisch gezien – meer vrijheid bieden om ervan af te wijken, beogen ze tot grotere uniformiteit van zorg te leiden. In het ideale geval worden zowel consensus als evidence-based richtlijnen op de werkvloer vertaald in op de patiënt en setting toegesneden ‘zorgprotocollen’ of ‘zorgplannen’. Wanneer een richtlijn letterlijk de professional ‘richting’ moet geven aan kwalitatief handelen, is een protocol veel meer een lijst van instructies over hoe te handelen. Het bevat een aantal uit te voeren stappen waarbij de professional beperkte ruimte heeft om ervan af te wijken. De taken van verschillende disciplines en professionals, de volgorde waarin een en ander plaatsvindt en het tijdsplan worden in een protocol vastgelegd. Soms zijn al deze gewenste handelingen opgenomen in een checklist die deel kan uitmaken van het dossier of een zorgplan. Uit een protocol ‘Goede voeding voor de patiënt’ kan dan bijvoorbeeld een checklist behorend bij de verpleegkundige status worden gebruikt om dreigende ondervoeding bij een in het ziekenhuis opgenomen patiënt tijdig op te sporen. Ook kunnen aanbevelingen uit een richtlijn aangepast worden aan een lokale situatie. Zo kan een aantal eerstekeuzemiddelen uit de landelijke richtlijn over antibioticagebruik per ziekenhuis worden aangepast aan de lokale setting. Dit gebeurt onder andere op basis van verschillen in resistentiepatronen. Kortom, terwijl een richtlijn meestal globale aanbevelingen geeft voor het handelen bij bepaalde aandoeningen of klachten, wordt in protocollen en ‘pathways’ de zorg in een specifieke setting veel meer in detail beschreven. Behalve een beschrijving van optimale zorg, zijn het dus ook hulpmiddelen bij kwaliteitsverbetering in de praktijk.



Figuur 6.1 Kwaliteitsverbetering: een implementatiemodel (Grol en Wensing, 2006).^[1]

Zoals in paragraaf 6.1 al is aangegeven, liggen aan veel noodzakelijke verbeteringen in de zorg niet zo zeer richtlijnen of protocollen ten grondslag,

maar eerder de signalering dat een bepaalde wijze van werken niet optimaal is. Zo is bijvoorbeeld vast te stellen dat spreekuren van bepaalde artsen

of specifieke verpleegkundigen veelvuldig uitlopen of dat patiënten de informatie in patiëntenfolders vaak niet goed begrijpen. In deze voorbeelden zijn het niet zelden de professionals zelf die opmerkzaam zijn en kritische vragen durven te stellen. De vervolgstap na het stellen van een kritische vraag is dan ook dat een professional gaat zoeken in de wetenschappelijke literatuur naar beschikbare evidence om op basis van die resultaten een aanzet te geven om de praktijk te verbeteren. Wanneer er sprake is van een inadequaat of inefficiënt zorgproces, kan te rade worden gegaan bij 'best practices': in andere instellingen zijn de problemen wellicht naar tevredenheid opgelost en het overnemen van die oplossingen kan veel tijd en moeite besparen.

Wanneer gedefinieerd is hoe optimale zorg eruit zou moeten zien, is het nodig dit te verwerken tot een goed voorstel voor verandering. Deze implementatievoorstellen zijn idealiter zeer concreet en zowel ambitieus als haalbaar binnen de setting waarin de kwaliteitsverbetering gerealiseerd moet worden. Een hulpmiddel om tot een goed voorstel voor verandering te komen, is het stellen van SMART-doelen. De afkorting SMART staat voor specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden. Bijvoorbeeld: 'reductie van het aantal onnodige bloedkweken met 20% binnen 12 maanden' geeft een duidelijker aanknopingspunt voor verbetering dan het minder concrete 'daling van het aantal bloedkweekafnamen' (zie ook kader).

Voorbeeld van een SMART-doelstelling voor verbetering van handhygiënegedrag

Binnen één jaar toename met 50% van het handhygiënegedrag zoals omschreven in de WIP-richtlijn 'Handhygiëne Medewerkers Ziekenhuizen' voor de uitvoering van invasieve handelingen binnen één jaar.

6.3.2 KENMERKEN VAN 'OPTIMALE ZORG' DIE KWALITEITSVERBETERING VERGEMAKKELIJKEN

In de afgelopen jaren zijn concrete kenmerken van optimale zorg en innovaties benoemd die zo-

wel bevorderend als belemmerend kunnen werken in het proces van kwaliteitsverbetering.

Van primair belang is dat de gedefinieerde 'optimale zorg' van *goede kwaliteit* is, ongeacht of het om een richtlijn, een zorgprotocol of een voorstel voor een andere werkwijze gaat. Wil een verbetertraject namelijk kans van slagen hebben, dan moeten de professionals het nut inzien van de vernieuwing en er vertrouwen in hebben dat het beoogde doel behaald zal worden. Meestal betekent dit betere kwaliteit van zorg voor patiënten, wat tot uiting kan komen in minder complicaties en sterfte, betere gezondheid of betere kwaliteit van leven of dezelfde kwaliteit van zorg (indien die al goed is) door gebruik van minder middelen (kostenbesparing). Het gaat dan om efficiënter georganiseerde zorg, vermindering van de werkdruk of het voorkomen van problemen of fouten in de uitvoering van zorgtaken. Aan verbetertrajecten kleven altijd kenmerken die het invoeren van een vernieuwing zowel kunnen bevorderen als verhinderen. In de literatuur is daarvan een groot aantal voorbeelden te vinden. Er is echter nog betrekkelijk weinig onderzoek gedaan naar de daadwerkelijke invloed van dergelijke kenmerken op de mate van succes. Bijvoorbeeld: verhoog je de kans op succes door professionals per e-mail een reminder te sturen of werkt dat beter per post? De psycholoog Rogers heeft een aantal cruciale kenmerken van succesvolle innovatie benoemd, te weten voordeel, passendheid, complexiteit, probeerbaarheid en zichtbaarheid (zie kader).^[9] Het is zinvol om de toekomstige gewenste zorg zodanig te omschrijven en aan te bieden dat de toekomstige gebruiker de voordelen van de verandering inziet, ervan overtuigd wordt dat de innovatie past bij de huidige normen en waarden, de innovatie begrijpt en deze met snel resultaat wil uitproberen. Wanneer het idee voor innovatie afkomstig is van de professionals zelf, zijn de genoemde kenmerken vaak al impliciet aanwezig. Echter, wanneer een innovatie een dwingend karakter heeft, bijvoorbeeld op last van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, dan is het een uitdaging voor de projectleider/innovator om deze kenmerken inzichtelijk te maken voor de gebruikers. Een positief praktijkvoorbeeld uit het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam was de afschaffing van verpleging in omgekeerde isolatie bij neutropene patiënten begin jaren negentig.^[10] Op de afdeling Oncologie

Tabel 6.1 Voorbeeld richtlijn handhygiëne (HH): optimaal handhygiënegedrag zoals omschreven in de richtlijn 'Ziekenhuizen Handhygiëne medewerkers' van de Stichting Werkgroep Infectie Preventie (WIP, www.wip.nl).⁽⁵⁾

Wanneer handhygiëne toe te passen

Indicaties	Wanneer	Voorbeelden	Moment van handhygiëne
Voor contact met patiënt in beschermende isolatie	Vóór of bij het betreden van de isolatiekamer		Direct voordat de handeling wordt uitgevoerd
Voor de uitvoering van invasieve handelingen	Direct voor een handeling waarbij de huid of het slijmvlies wordt gepasseerd, een instrument wordt ingebracht of via het instrument een open verbinding met de buitenlucht kan ontstaan	<ul style="list-style-type: none"> - inbrengen (blaas)katheters, canules (venflons) - toedienen van injecties - openen van vasculaire toegangssystemen (centrale lijn, TPV*) - verzorging van drains - verwisselen van infusen - toediening van medicatie via een infuus of spuitpomp - toedienen van oogdruppels 	Direct voordat de handeling wordt uitgevoerd
Tijdens de verzorging van patiënten bij de overgang van vuil naar schoon	Zodra de kans bestaat op (hand)contact met lichaamsvloeistoffen van de patiënt	<ul style="list-style-type: none"> - na het verwijderen van vuil verbanden voor het aanbrengen van schoon verband - na het uitzuigen van keel of longen - na mond- en gebitsverzorging - na contact incontinentiemateriaal - na het opruimen van urine, feces, braaksel, sputum, bloed, speeksel en traanvocht 	Direct na het voltooiën van de handeling, ook als er handschoenen zijn gedragen
Na direct contact met patiënten	Zodra de verpleegkundige de patiënt heeft aangeraakt in een zorgsituatie	<ul style="list-style-type: none"> - na het geven van wisselgigging of rechtop zetten - na lichamelijke verzorging - na het helpen met de toiletgang - na bloeddrukmeting en pols tellen 	Na het verlaten van de patiënt indien de patiënt is aangeraakt
Na het verlaten van de kamer van een patiënt in contactisolatie	Zodra een patiënt in contactisolatie is geplaatst (MRSA etc.)	<ul style="list-style-type: none"> - bij patiëntenkamers met een aanduiding 'contactisolatie' 	Na het verlaten van de kamer, indien sluis aanwezig, dan in de sluis
Na het uittrekken van handschoenen	Zodra handschoenen worden gedragen	<ul style="list-style-type: none"> - na het dragen van alle vormen van handschoenen (steriel of niet steriel) 	Direct nadat de handschoenen zijn uitgetrokken
Na verpleegkundige handelingen rondom de patiënt	Nadat handelingen zijn verricht rondom de patiënt waarbij (hand)contact is geweest met instrumentarium of materiaal dat verbonden is aan de patiënt, maar waarbij de patiënt zelf niet wordt aangeraakt	<ul style="list-style-type: none"> - instellen infusen en pompen - contact met bewakingsapparatuur - na het opmaken of verschoneren van het bed 	Na de handeling en vóór het verrichten van nieuwe (aseptische) handelingen of patiëntencontact

*TPV: Totale Parenterale Voeding

was men gaan twijfelen aan het nut van deze strenge vorm van isolatie, die zowel de patiënt (gesteriliseerd eten heeft weinig smaak) als de professionals (vanwege de ‘verkleedpartij’ met mondkmaskers, overjassen et cetera elke keer als men de kamer van de patiënt in- en uitging) belastend vonden. Bij gebrek aan literatuur over dit onderwerp is destijds een studie opgezet waaruit bleek dat deze patiënten bij een minder strenge vorm van isolatie niet vaker een infectie opliepen of overleden. Wel waren de kosten lager en was de patiënttevredenheid beter. Wellicht heeft de onderbouwing bij het afschafbeleid van een handeling waar men impliciet toch al geen vertrouwen in had, geleid tot probleemloze implementatie van een soepeler isolatiebeleid. De verandering was dus ‘passend’, maar ook waren de voordelen heel zichtbaar en sloot de verandering aan bij de reeds heersende normen en waarden. Een voorbeeld van een minder goed geslaagde innovatie was de implementatie van de richtlijn ‘Handhygiëne Medewerkers’ (tabel 6.1). De beoogde gebruiker leek hiervan vooral de nadelen te voelen (zoals huidirritatie door het frequente wassen).^[1]

Cruciale kenmerken van een succesvolle innovatie volgens Rogers^[9]

Voordeel

Een belangrijke drijfveer voor professionals is het willen bereiken van betere zorguitkomsten bij patiënten. Echter, ook een hogere status of financieel voordeel kunnen van invloed zijn op degenen die de vernieuwing toepassen. De voordelen worden afgezet tegen mogelijke nadelen, zoals onrust die de vernieuwing met zich meebrengt, extra tijd of meer kosten. De kwaliteitsverbetering zal naar verwachting voorspoediger verlopen naarmate de balans tussen voordelen en nadelen gunstiger is.

Passendheid

Kwaliteitsverbetering zal moeizaam verlopen indien deze niet goed aansluit bij reeds bestaande normen en waarden of professionele ervaringen van de beoogde gebruikers (draagvlak), ongeacht hoe groot de voordelen van een andere werkwijze ook zijn. Vanuit deze optiek is het noodzakelijk gebruikers in een vroeg stadium te betrekken bij de ontwikkeling van het verbeterplan en om het voorstel zo goed mogelijk te laten aansluiten bij heer-

sende opvattingen in de doelgroep (draagvlak). Ten aanzien van de vraag welke personen bij de ontwikkeling betrokken moeten worden, spelen herkenbaarheid, representativiteit en deskundigheid van de opstellers van een richtlijn of het voorstel voor verbetering zelf een cruciale rol.

Complexiteit

De innovatie is goed te begrijpen en de invoering wordt haalbaar geacht. Een ingewikkelde innovatie is uiteraard lastiger te implementeren, aangezien gebruikers hun uiterste best moeten doen om de vernieuwing te leren begrijpen. De subjectieve beleving van de complexiteit is hierbij bepalend. Daarom is het van belang veel aandacht te besteden aan de begrijpelijkheid en toegankelijkheid van de innovatie. Dat kan onder meer door het schrijven van heldere teksten en het gebruik van samenvattingen (van bijvoorbeeld een complexe richtlijn), het inzetten van diverse media of het opdelen van het voorstel in overzichtelijke stukken.

Probeerbaarheid

Op kleine schaal kan met de innovatie worden geëxperimenteerd voordat deze daadwerkelijk geïmplementeerd wordt. Dit biedt de mogelijkheid de innovatie aan te passen aan de lokale situatie. Het op beperkte schaal uitproberen van een innovatie helpt om zicht te krijgen op wat de waarde ervan is in de eigen setting en wat nodig is om deze te laten werken. Eigenlijk is dit een manier van omgaan met de onzekerheid die met elke verandering gepaard gaat. Het inzetten van personen die de vernieuwing reeds hebben uitgeprobeerd en hun ervaringen presenteren, kan zeer effectieve ondersteuning bieden bij het breder geaccepteerd krijgen van een nieuwe werkwijze of richtlijn.

Zichtbaarheid

De resultaten van de nieuwe werkwijze zijn, ook voor anderen, goed zichtbaar. Kwaliteitsverbetering kan gestimuleerd worden door het tonen van de haalbaarheid van de nieuwe werkwijze en laten zien dat deze de beoogde resultaten oplevert. Bij het maken van keuzes zijn veel mensen gevoelig voor de mening van anderen, vooral als het gaat om de mening van mensen die zij als voorbeeld of rolmodel

beschouwen. Bij het implementeren van vernieuwingen is het daarom van belang mensen in te zetten die al ervaring hebben met de nieuwe werkwijze. Deze kunnen laten zien op welke wijze zij de werkwijze toepassen, welke ervaringen ze hebben opgedaan en welke resultaten ze er reeds mee hebben behaald.

Naast de genoemde kenmerken van een succesvolle innovatie, is de wijze waarop een voorstel voor optimale zorg wordt *vormgegeven en gepresenteerd* eveneens van belang. Gebeurt dit mondeling, schriftelijk, met audiovisuele middelen of computerprogramma's? En hoe begrijpelijk, toegankelijk en aantrekkelijk zijn die vormgeving en presentatie? Voor zelfstudie of nascholing kan men bijvoorbeeld teksten met uitgebreide informatie benutten (bijvoorbeeld de volledige richtlijn 'Diabetes mellitus en zwangerschap' van de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie, zie www.nvog.nl). Voor directe instructie op de werkplek, bijvoorbeeld in een huisartsengroepspraktijk, is een stroomschema handiger, zoals de samenvattingskaart van de NHG-Standaard Urineweginfecties. Voor een heldere en aantrekkelijke vormgeving zijn onder meer van belang:^[4]

- eenduidig taalgebruik;
- een logische, overzichtelijke presentatie van de aanbevelingen of van de nieuwe werkwijze;
- aanpassen van de vorm en het taalgebruik aan de dagelijkse problemen in de zorgpraktijk en de wijze waarop men daar te werk gaat;
- het leveren van hulpmiddelen om een richtlijn of nieuwe werkwijze op verschillende wijzen goed te leren begrijpen. Dit betekent bijvoorbeeld het leveren van overzichtelijke teksten en (computer)programma's voor nascholing of het definiëren van evaluatiecriteria voor zelftoetsing of intercollegiale toetsing;
- zorgen voor een aantrekkelijke lay-out door onder meer:
 - een aantrekkelijke typografische vormgeving;
 - gebruik van samenvattingen;
 - beperking van het aantal literatuurverwijzingen.

6.4 Stap 2: Het meten van de huidige zorg; de diagnostische fase

Nadat gedefinieerd is welke optimale zorg wordt nagestreefd en een concreet voorstel voor verandering is opgesteld, is het in kaart brengen van de huidige zorg de volgende belangrijke stap op weg naar verbetering van de patiëntenzorg. Vragen die in deze fase gesteld worden, zijn: hoe wordt er op dit moment gewerkt, in welke mate wordt er afgeweken van de optimale ofwel gewenste zorg en wat voor keuzes worden er gemaakt en waarom? Inzicht in de huidige stand van zaken van de zorg is van essentieel belang voordat men kan aanvangen met het verbeteren ervan. Als besloten wordt de zorg te verbeteren door middel van bijscholingen, moet bekend zijn of een kennisgebrek daadwerkelijk het onderliggende probleem is. Als een groep professionals reeds op de hoogte is van een protocol, maar niet gelooft in de evidence die eraan ten grondslag ligt, is het geven van een bijscholing geen juist gekozen interventie. De inzet van een 'opinion leader' ter overtuiging van de doelgroep zou dan een geschiktere interventie kunnen zijn. Door goed geïnformeerd te zijn over de uitgangssituatie, kan de aandacht dus vooral worden gericht op die onderdelen van het voorstel voor verandering waar de grootste knelpunten liggen en waar dus potentieel de meeste 'winst' te behalen is.

6.4.1 HET METEN VAN DE HUIDIGE ZORG EN DE ROL VAN INDICATOREN

In een verbeterproces is het hebben van een goed inzicht in de zorgverlening die feitelijk plaatsvindt om meerdere redenen van belang. Dit helpt bij het selecteren en concretiseren van de doelen voor verbetering van de patiëntenzorg. Daarnaast kan het gedetailleerd in kaart brengen van het niet-optimale huidige handelen bijdragen aan het motiveren van de professionals om te (willen) veranderen. Het geven van feedback over hun huidige werkwijze kan een aanzet geven tot kwaliteitsverbetering, daar de meeste professionals (onbewust) overschatten hoe goed ze feitelijk werken. Het rapporteren van de uitkomsten over het handelen aan externe instanties (bijvoorbeeld overheid, Inspectie) of aan de maatschappij (zogenoemde public reporting) zou ook kunnen aanzetten tot kwaliteitsverbetering. Denk hierbij

aan het openbaar maken van gegevens over het percentage postoperatieve wondinfecties per ziekenhuis of het aantal primaire sectio's.

Het op kwantitatieve wijze in kaart brengen van de kwaliteit van de huidige zorg biedt ook een uitgangswaarde waartegen de te behalen winst afgezet kan worden. Door SMART te formuleren wat de te behalen doelen in een verbetertraject moeten zijn, wordt inzicht verkregen in wat bijvoorbeeld het percentage postoperatieve wondinfecties in een bepaalde tijdperiode is geweest. Na invoering van een verbetertraject kan dan worden gemeten of het streefgetal voor verbetering daadwerkelijk behaald is.

Het meten van de zorgverlening gebeurt niet alleen aan het begin en eind van een verbetertraject. Ook tussentijds is het van belang vast te stellen of men op de goede weg zit. Regelmatig zal dus worden geëvalueerd, opdat het verbeterplan zo nodig gaandeweg kan worden bijgesteld op basis van de resultaten van deze monitoring (zie figuur 6.1).

Om de huidige zorgverlening goed in kaart te brengen, en om verbetering continu te monitoren, worden steeds vaker kwaliteitsindicatoren gebruikt. In de volgende paragrafen wordt dit begrip gedefinieerd en wordt er onderscheid gemaakt in verschillende typen indicatoren. Tot slot wordt kort ingegaan op de wijze van het ontwikkelen van indicatoren en de wijze van meten.

6.4.2 KWALITEITSINDICATOR: DEFINITIE EN TYPE

Kwaliteitsindicatoren zijn meetbare elementen van het handelen in de praktijk, waarvoor onderliggend bewijs is of waarover consensus bestaat dat ze (veranderingen in) de kwaliteit van zorg meten.^[12] Een indicator is dus een meetbaar as-

pect van de zorg, veelal uitgedrukt in een percentage, op basis van een teller en een noemer. Een voorbeeld is het percentage patiënten onder alle in een jaar opgenomen patiënten dat decubitus heeft of het sterftepercentage van patiënten binnen één maand na ontslag vanwege een myocardinfarct. Deze getallen geven een indicatie van de geboden kwaliteit van zorg. De indicator wordt als een norm gehanteerd; wordt er afgeweken van de geldende norm, dan is bijsturing nodig (zie kader). Zo kan in een richtlijn omschreven staan welke norm gehanteerd wordt, bijvoorbeeld dat het decubituspercentage in een ziekenhuis niet hoger dan 12 mag zijn. Als het percentage in het eigen ziekenhuis hoger uitvalt, dient kritisch bekeken te worden hoe het met de adherentie aan de richtlijn gesteld is en op welke wijze het percentage het daaropvolgende jaar verbeterd kan worden. Indicatoren kunnen dus een geschikt hulpmiddel zijn om richting te geven aan de zorg. Ze dienen echter ook met enige voorzichtigheid gebruikt en geïnterpreteerd te worden. Hogere scores kunnen ook het gevolg zijn van een verbeterde registratie, hetgeen een onjuist beeld schetst van de gegeven zorg. Ook is niet altijd helder omschreven wat wel en wat niet tot de indicator gerekend dient te worden. Voor de indicator 'percentage sterfte 30 dagen na acuut myocardinfarct' van de IGZ is de definitie van het acuut myocardinfarct bijvoorbeeld voor meerdere uitleg vatbaar. Hierbij is niet duidelijk of patiënten die zich presenteren zonder duidelijke ST-elevaties moeten worden meegenomen in de analyse.^[13] Ook als er sprake is van een 'case mix' (bijvoorbeeld als de leeftijd van de gemiddelde hartpatiënt in het ene ziekenhuis flink hoger is dan in het andere) kunnen cijfers uit verschillende ziekenhuizen niet zonder meer onderling met elkaar worden vergeleken.

Kwaliteitsindicator voor behandeling CVA

Aantal patiënten met een herseninfarct met 'door-to-needle-time trombolysen' < 1 uur

..... x 100% = %

Totaal aantal patiënten met een herseninfarct behandeld met trombolysen

Er zijn verschillende typen indicatoren. Kwaliteitsindicatoren kunnen betrekking hebben op de structuur van de zorg, de processen of de uitkomsten van zorg (zie tabel 6.2).^[14] Structuurindicatoren richten zich op organisatorische aspecten van de zorg, zoals de beschikbaarheid van mammacare- of hartfalenverpleegkundigen in een ziekenhuis of een bepaald aanbod van diagnostiek. Procesindicatoren zijn gericht op de daadwerkelijk aan de patiënt geleverde zorg en de communicatie met patiënten. Met uitkomstindicatoren worden de uiteindelijke doelen van de geleverde zorg beschreven. Deze doelen worden uitgedrukt in termen van bijvoorbeeld morbiditeit (zoals het aantal valincidenten in een verzorgingshuis), sterfte, complicaties (bijvoorbeeld het percentage patiënten met een postoperatieve wondinfectie in een ziekenhuis), gezondheidsstatus of tevredenheid van patiënten met de geleverde zorg.

De laatste jaren werd zowel in de literatuur als op beleidsmatig niveau veel discussie gevoerd over de vraag of de evaluatie van de kwaliteit van zorg zich op processen van zorg moet richten of veel meer op uitkomsten van zorg. Echter, zowel proces- als uitkomstindicatoren hebben verschillende voor- en nadelen. Het is niet nodig om in algemene zin te kiezen voor of de ene of de andere aanpak; het gebruik is sterk gerelateerd aan het doel van het project of van de evaluatie. Structuurindicatoren geven een indruk van de kwaliteit van zorg op het niveau van het ziekenhuis of de maatschap. Uitkomst- en procesindicatoren worden meestal op patiëntniveau gemeten. Wel is inmiddels duidelijk dat bij het streven naar kwaliteitsverbetering de nadruk moet liggen op het inzetten van procesindicatoren. Naast het feit dat ze eenvoudiger te formuleren zijn en minder gevoelig voor bijvoorbeeld de samenstelling van de patiëntenpopulatie (zoals invloed van ernst van de ziekte, etc.), bieden de scores op procesindicatoren ook de meest concrete, directe informatie voor verbeteringsprogramma's aangezien zij informatie geven over de daadwerkelijk verleende zorg en het concrete handelen van professionals.

6.4.3 ONTWIKKELEN EN METEN VAN KWALITEITSINDICATOREN

Bij het opstellen van wat voor type indicatoren dan ook, is het belangrijk dat de gekozen indica-

tor valide is. Meet de indicator daadwerkelijk wat de gebruiker beoogt? Valide indicatoren zijn op verschillende manieren te vinden: in de literatuur of via verschillende websites op het internet (zie kader). Meestal zullen ze echter zelf ontwikkeld moeten worden of zullen bestaande indicatoren aangepast moeten worden aan het beoogde doel.

Een greep uit de talloze websites met kwaliteitsindicatoren voor de zorg

Nederland

- www.iqhealthcare-indicatoren.nl
- www.igz.nl
- www.ziekenhuizen transparant.nl
- www.zichtbarezorg.nl
- www.kiesbeter.nl
- www.dsca.nl (Dutch surgical colorectal audit)
- www.borstkanker.nl (borstkankermonitor)

Internationaal

- www.qualityindicators.ahrq.gov (VS)
- www.oecd.org (VS)
- www.rand.org/health/projects/acove (Engeland)
- www.nice.org.uk/aboutnice/qof/indicators.jsp (Engeland)
- www.indicators.scot.nhs.uk (Engeland)
- www.cchsa.ca (Canada)
- www.health.gov.au (Australië)

Voor de ontwikkeling van indicatoren bestaan systematische methoden waarbij beschikbaar wetenschappelijk bewijs gecombineerd wordt met consensustechnieken. Op deze wijze wordt de validiteit van de kwaliteitsmetingen vergroot (zie hoofdstuk 7).^[15] Bij de consensustechniek geven experts op een bepaald vakgebied elk hun mening, waarna geprobeerd wordt de mening van de individuele groepsleden samen te voegen tot een aanbeveling of gezamenlijk standpunt. Zo is bijvoorbeeld in de decubitusrichtlijn de volgende consensusuitspraak opgenomen: 'Ondanks het ontbreken van harde onderzoeksgegevens is de werkgroep van mening dat een patiënt ter preventie van decubitus voeding met extra hoeveelheden energie en eiwitten zou moeten krijgen.'^[15] De experts kunnen zorgverleners zijn, maar ook patiënten en beleidsmakers of een combinatie van

Tabel 6.1 Voorbeelden van verschillende typen indicatoren.

Structuurindicatoren	<ul style="list-style-type: none"> - Aanwezigheid van een diabetespreekuur in de huisartsenpraktijk - Permanente beschikbaarheid van epidurale of gecombineerde spinale-epidurale analgesie bij de partus, op verzoek van de vrouw
Procesindicatoren	<ul style="list-style-type: none"> - Percentage diabetespatiënten in de huisartsenpraktijk van wie het rookgedrag bekend is - Percentage vrouwen uit het doelcohort bevolkingsonderzoek bij wie een uitstrijk is gemaakt in het afgelopen jaar
Uitkomstindicatoren	<ul style="list-style-type: none"> - Ziekenhuisheropnames - Hospital Standardized Mortality Ratio

deze groepen. Systematische consensustechnieken kenmerken zich door drie aspecten:

- 1 de beoordeling door experts is altijd anoniem;
- 2 de consensus wordt bereikt in (iteratieve) opvolgende processen met feedback;
- 3 er vindt aggregatie plaats van individuele meningen tot een groepsoordeel.

Het oordeel van de groep wordt verkozen boven de individuele oordelen, omdat dit minder gevoelig is voor persoonlijke bias en beter reproduceerbaar.

Voorbeelden van deze systematische methoden om tot (groeps)consensus te komen zijn de Delphi-techniek, de RAND-procedure en de 'iterated consensus rating procedure' (zie kader).^[16]

Het gebruik van een systematische consensusmethode leidt in het ideale geval tot een set van valide indicatoren.

Systematische consensustechnieken^[19]

Delphi-techniek

Om te beginnen wordt een panel samengesteld van personen met deskundigheid op een bepaald terrein. De procedure is anoniem en voor het inventariseren van de individuele meningen van de deskundigen wordt gebruikgemaakt van schriftelijke vragenlijsten. Het samenvoegen van deze individuele meningen tot een gezamenlijk standpunt gebeurt ook schriftelijk. In deze tweede schriftelijke ronde wordt de mening van de totale groep van deskundigen teruggekoppeld naar de individuen en wordt hen gevraagd, waar nodig, hun eerdere mening te heroverwegen zodat consensus kan worden bereikt. Aangezien hierbij geen 'face-to-face' panel-

discussie plaatsvindt, is een discussie over argumenten achter verschillende opinies niet mogelijk. Deze methodiek kenmerkt zich door relatief lage kosten en maakt het mogelijk om met grotere panels van experts te werken, verspreid over een grote regio.

RAND Modified Delphi procedure

Dit is een enigszins aangepaste Delphi-techniek die in de VS veel gebruikt wordt. In tegenstelling tot de Delphi-techniek is de RAND Modified Delphi procedure sterk gericht op het idee dat panelleden gebruikmaken van wetenschappelijke informatie uit systematische reviews, waarmee de mogelijkheid wordt vergroot om hun mening over bepaalde klinische handelingen te baseren op wetenschappelijk bewijs. Daarnaast wordt bij deze procedure ook belang gehecht aan een 'face-to-face' paneldiscussie. Het verzamelen van de individuele meningen gaat bij deze procedure, net als bij de Delphi, ook via schriftelijke vragenlijsten. Het grote verschil is echter dat geprobeerd wordt consensus te bereiken tijdens een 'face-to-face' paneldiscussie.

Iteratieve consensus scoringsprocedure

Bij deze methode worden indicatoren rechtstreeks afgeleid uit 'evidence-based' richtlijnen. Eerst worden kernaanbevelingen uit richtlijnen geselecteerd, aan de hand waarvan meetpunten voor de geleverde zorg worden geconstrueerd. De voorselectie van kernaanbevelingen wordt verricht door een kleine groep van experts, waarna consensus wordt gezocht in een grotere groep. Het werk in de kleine groep gebeurt in 'face-to-face' bijeenkomsten en de consensus in de grotere groep wordt meestal met schriftelijke vragenlijsten gerealiseerd.

Nadat indicatoren ontwikkeld zijn, worden ze in de praktijk getest op betrouwbaarheid, volledigheid van beschikbare gegevens, ruimte voor verbetering en gevoeligheid voor variatie in de patiëntenpopulatie, alvorens ze breed toegepast gaan worden. Bij het verzamelen van gegevens ten behoeve van de indicatoren is het voor de haalbaarheid verstandig zo mogelijk gebruik te maken van reeds beschikbare data, bijvoorbeeld uit het elektronisch patiëntendossier of andere databestanden waarin gegevens continu worden opgeslagen. Vaak is het nodig prospectief gegevens te verzamelen met behulp van daartoe zelf ontwikkelde registratie- of vragenlijsten. Na het berekenen van de indicatoren en het bepalen van de referentiecijfers ("benchmarks") kan feedback over het feitelijk handelen gegeven worden. Dit biedt de instelling, praktijk of individuele professional de gelegenheid om concrete verbeteringsdoelen te formuleren. Hoewel het transparant maken van de kwaliteit van zorg met behulp van indicatoren steeds gangbaarder wordt, is het integreren van indicatoren in samenhangende kwaliteitssystemen met daaraan gekoppeld verbeterprogramma's helaas minder vanzelfsprekend.

6.5 Stap 3: Het meten van beïnvloedende factoren

Nadat in stap 2 de feitelijke zorg in kaart is gebracht, is de derde stap het analyseren van beïnvloedende factoren. Dit wil zeggen dat er nagegaan moet worden waarom de huidige zorg is zoals die is en welke factoren van invloed zijn op het al dan niet plaatsvinden van de gewenste zorg. De aanwezigheid van deze factoren dient nagegaan te worden bij iedereen die betrokken is bij de te verbeteren zorg, aangezien verschillende subgroepen verschillende beïnvloedende factoren kunnen ervaren. Factoren die kwaliteitsverbetering beïnvloeden kunnen het proces vergemakkelijken (bevorderende factoren) dan wel bemoeilijken (belemmerende factoren).

Er zijn velerlei factoren die kwaliteitsverbetering kunnen bevorderen dan wel belemmeren. Ze kunnen echter wel geclusterd worden in een aantal domeinen, te weten (zie ook de gezondheidszorgpiramide in hoofdstuk 1):^[1]

- 1 factoren gerelateerd aan het individu (professionaal/patiënt);
- 2 factoren gerelateerd aan de sociale omgeving (collega's, stafleden);
- 3 factoren gerelateerd aan de organisatorische setting (huisartsenpraktijk, ziekenhuis);
- 4 factoren gerelateerd aan de maatschappelijke setting (regelgeving, ziektekostenverzekeraars).

Deze inhoudelijke domeinen zullen hierna kort worden toegelicht.

6.5.1 INDIVIDUELE FACTOREN

Belemmerende en bevorderende factoren bij het implementeren van veranderingen kunnen zich onder meer op het niveau van het individu afspeelen. Bij individuele factoren wordt onderscheid gemaakt in cognitieve factoren, motivationele factoren en attitudes, gedragsmatige factoren en persoonskenmerken.

Cognitieve factoren

De categorie cognitieve factoren omvat individuele kennis en vaardigheden van professionals en/of patiënten. Een belangrijke voorwaarde voor het plaatsvinden van optimale zorg is dat men de informatie over deze zorg daadwerkelijk kent, begrijpt, accepteert en op zichzelf betreft. Dit vraagt specifieke vaardigheden op het gebied van het zoeken en interpreteren van informatie. Zo dient een arts kennis te hebben genomen van de inhoud van een landelijke richtlijn, de inhoud ervan goed te begrijpen, deze te willen toepassen en dit uiteindelijk ook daadwerkelijk te doen. Al deze kennis en vaardigheden verschillen per betrokkene en de kwaliteitsverbeteraar moet hiermee rekening houden in het plan van aanpak om de kans op succesvolle implementatie te vergroten.

Motivationele factoren en attitudes

Motivationele factoren en attitudes hebben betrekking op iemands behoefte om optimale zorg te verlenen of te vragen. Mensen kunnen uiteenlopende motieven hebben om iets wel of niet te willen verbeteren. Financiële overwegingen, beschikbare tijd, werkdruk, ethische overwegingen, maatschappelijke motieven, het verwerven (of verliezen) van status, tevredenheid over eigen

functioneren en autonomie kunnen allemaal van invloed zijn op het wel of niet willen verbeteren van de huidige zorg. In veel gevallen neemt de motivatie tot verbeteren toe op basis van ervaringen in de praktijk of informatie over de optimale zorg. Soms kan een specifieke gebeurtenis, zoals een incident of een ernstige fout, plotseling leiden tot een sterke persoonlijke motivatie tot verbetering. De attitude van de individuele professional of patiënt ten aanzien van de optimale zorg is een andere factor die het wel of niet verlenen dan wel vragen van deze zorg beïnvloedt. Bij het beoordelen van de voorgestelde optimale zorg kijken mensen gewoonlijk naar kenmerken als voordeel, complexiteit, zichtbaarheid et cetera (zie paragraaf 6.3.2). Dit is van invloed op hun intentie om iets wel of niet te willen verbeteren.

Gedragmatige factoren en persoonskenmerken

Routinematig gedrag is in veel gevallen van belang voor het daadwerkelijk gaan toepassen van de optimale zorg. Dergelijk gedrag van professionals (en van patiënten) hangt voor een deel samen met persoonskenmerken als leeftijd, medische discipline, lidmaatschappen van beroepsorganisaties of geneigdheid tot het nemen van risico. Zo kunnen professionals met veel ervaring het lastig(er) vinden om 'oude gewoonten' te laten varen. Onderzoek naar de invloed van persoonskenmerken op het implementeren van veranderingen laat echter niet altijd eenduidige verbanden zien; soms bevorderen ze het verbeterproces, in andere gevallen vormen ze een belemmering.

6.5.2 FACTOREN IN DE SOCIALE SETTING

In de vorige paragraaf werd de invloed van individuele factoren op een verbeterproces in kaart gebracht. Ieder individu, zowel de professional als de patiënt, is echter ook onderdeel van een sociale setting. Die sociale omgeving is op zichzelf ook van invloed op het proces van kwaliteitsverbetering. Professionele beroepsgroepen (artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, etc.) hebben vaak een zekere autonomie verworven in hun handelen en oriënteren zich veelal primair op hun eigen beroepsgroep, waarbij ze sterk hechten aan de gangbare professionele inzichten of normen. Binnen de sociale context worden veel professionals en patiënten dan ook sterk beïn-

vloed door de opinies van hun directe omgeving. Vaak is er een lokale opinieleider op een afdeling (bijvoorbeeld een stafid dat de meest recente kennis paraat heeft maar ook nog jong genoeg is om een voorbeeld te zijn voor de groep arts-assistenten in opleiding) of een groep professionals die door de eigen collega's worden geraadpleegd (bijvoorbeeld degenen met veel ervaring) en van wie het gedrag als voorbeeld wordt overgenomen (zoals handen wassen).

Zorgverlening vindt steeds vaker plaats in teams. In de literatuur is een groot aantal factoren beschreven die een rol spelen bij het functioneren van een team, zoals doelgerichtheid, omvang van het team, leiderschap en ervaren veiligheid om zich te uiten in de groep. Aspecten van het klimaat in een team, zoals visie van het team, het gevoel van veiligheid om inbreng te hebben en actief deel te nemen, taakgerichtheid en de attitude ten aanzien van innovaties, kunnen het verbeteringsproces bevorderen dan wel belemmeren. De kwaliteitsverbeteraar zou op al deze potentieel beïnvloedende factoren bedacht moeten zijn.

6.5.3 FACTOREN IN DE ORGANISATORISCHE SETTING

Bepaalde kenmerken van de organisatie waarbinnen de optimale zorg moet worden verleend, kunnen invloed hebben op het slagen van het implementeren van veranderingen. Een cruciale voorwaarde om de optimale zorg daadwerkelijk te laten plaatsvinden, is dat het organisatorisch ook echt mogelijk is om een verandering door te voeren. Dat lijkt logisch, maar soms kunnen zowel individuen als teams enthousiast zijn over een bepaalde verbetering, maar blijkt het organisatorisch onmogelijk om de verbetering door te voeren. Een praktijkvoorbeeld: stel, een afdeling neurologie, waar relatief veel valincidenten van patiënten plaatsvinden, wil als onderdeel van een verbetertraject haar televisies niet meer op een rijdende standaard aan het voeteneinde van het bed (met los liggende snoeren over de vloer), maar aan het plafond gemonteerd hebben. Als de organisatie niet bereid is haar contract met de lease-maatschappij van de tv's op te zeggen, kan deze verbetering niet worden geïmplementeerd.

Ten aanzien van de implementatie van de richtlijn 'Handhygiëne medewerkers' is het noodzakelijk dat de benodigde faciliteiten en

materialen beschikbaar zijn. De beschikbaarheid van benodigdheden als handalcohol en voldoende wasbakken bepaalt uiteraard of men hiervan al dan niet gebruik kan maken.

Binnen organisaties in de gezondheidszorg hebben professionals een zekere mate van autonomie om werkprocessen naar eigen inzichten te laten verlopen. Dit kan het verbeteren van kwaliteit vergemakkelijken, namelijk als de gewenste zorg aansluit bij de wensen van de professionals, of juist bemoeilijken als dat niet het geval is. Zo kan een organisatie de richtlijn ‘Handhygiëne medewerkers’ geïmplementeerd hebben, maar een zelfstandig werkende arts op een polikliniek kan zich hieraan gemakkelijk onttrekken. De kwaliteitsverbeteraar dient met deze organisatorische factoren die potentieel van invloed zijn rekening te houden in het plan van aanpak.

6.5.4 FACTOREN IN DE MAATSCHAPPELIJKE SETTING

Het is aannemelijk dat financiële consequenties van invloed zijn op optimale zorg. Gerichte financiële beloning kan helpen bij kwaliteitsverbetering. Zo kan een ziektekostenverzekeraar ervoor kiezen om handelingen waaraan geen goede evidence ten grondslag ligt niet langer te vergoeden. Omgekeerd kan het niet vergoeden van het gewenste optimale handelen door een ziektekostenverzekeraar de beoogde kwaliteitsverbetering tegenhouden. Het financiële risico voor de patiënt zelf, bijvoorbeeld in de vorm van de hoogte van de eigen bijdrage, kan van invloed zijn op de uiteindelijk verleende zorg. Zo werd een onderzoek verricht naar een financiële maatregel om het aantal zogenoemde onterechte zelfverwijzers op de spoedeisende hulp te verminderen. Het gaat hierbij om maar liefst 60% van de patiënten zou gaan. In de studie werd het effect onderzocht van het in rekening brengen van onterechte bezoeken aan de spoedeisende hulp bij de betreffende patiënten. Deze financiële maatregel leek inderdaad een effectieve manier om het gebruik van spoedzorg terug te dringen: hoe meer mensen moesten gaan betalen, des te minder werd er gebruikgemaakt van de spoedeisende hulp. Hierbij moet echter wel de kanttekening worden geplaatst dat deze maatregel ook mensen kan afschrikken die terecht een beroep doen op spoedzorg.^[17]

Kwaliteitsverbetering wordt ook beïnvloed door contracten met zorgverzekeraars waarin bijvoorbeeld het maximaal aantal toegestane behandelingen staat aangegeven. Soms vormen de hoge kosten verbonden aan het verbeterproces zelf een barrière voor het uiteindelijk verlenen van de gewenste zorg.

De wet- en regelgeving bepaalt de kaders waarbinnen de zorg en kwaliteitsverbetering zich moeten bevinden (bijvoorbeeld arbeidstijden). In Nederland bevordert de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) de volksgezondheid door handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten. De Inspectie maakt ten opzichte van de zorgaanbieders gebruik van advies, stimulans, drang en dwang als bijdrage aan verantwoorde zorg.

Hoewel degene die een vernieuwing wil implementeren in het algemeen weinig invloed zal kunnen uitoefenen op factoren in de maatschappelijke setting, is het wel van belang deze te (er)kennen en er zo nodig rekening mee te houden bij het opstellen van het verbeterplan.

6.5.5 METHODEN OM BEÏNVLOEDENDE FACTOREN OP TE SPOREN

Er zijn verschillende methoden om gegevens te verzamelen over potentieel bevorderende en belemmerende factoren bij alle betrokkenen, die bij voorkeur in combinatie gebruikt dienen te worden. Een simpel lijkende maar belangrijke methode bij het implementeren van kwaliteitsverbetering is de communicatie met betrokkenen. Hiervoor zijn zowel individuele interviews als groepsinterviews goed bruikbare methoden (zie ook hoofdstuk 7). Interviews met individuele hulpverleners en patiënten kunnen breed inzicht geven in de context van, ervaringen met en opvattingen over de optimale zorg. In individuele interviews kan goed worden gevraagd naar onder meer achterliggende redenen voor bepaalde wijzen van handelen. Interviews met groepen brengen, dankzij de communicatie tussen groepsleden, vaak aspecten naar boven die niet in individuele interviews zouden zijn ontdekt. Voor alle interviews geldt dat zij zowel wat betreft uitvoering als analyse (volgens de regels der kunst dienen alle interviews ingevoerd en geanalyseerd te worden met daarvoor speciaal ontwikkelde programma's als Atlas) arbeidsintensief kunnen zijn

en dat het goed afnemen van een degelijke interview training en voorbereiding vereist.

Naast interviews kunnen vragenlijsten gebruikt worden om het relatieve belang van de factoren te bepalen. Een voordeel van een vragenlijst is dat een groot aantal professionals en/of patiënten kan worden ondervraagd tegen relatief geringe kosten. Vragenlijsten kunnen zowel op papier als via het internet verspreid worden. Vooralsnog is er nog nauwelijks onderzoek naar gedaan welke vorm tot de hoogste respons leidt. Naast de vorm is het belangrijk om aandacht aan de kwaliteit van de vragenlijst te besteden: zijn de vragen eenduidig en begrijpelijk, geven ze antwoord op wat men wil weten en ontbreken er geen cruciale onderwerpen (zie tabel 6.3)? Het op beperkte schaal uitproberen van de lijst verdient aanbeveling. Aan de hand van de verkregen feedback kan de vragenlijst geoptimaliseerd worden. De antwoorden in de vragenlijsten dienen in specifieke softwarepakketten ingevoerd en geanalyseerd te worden, zoals SPSS, waarmee onder meer beschrijvende analysetechnieken uitgevoerd kunnen worden (bijvoorbeeld frequenties, gemiddelden, etc.).

Tot slot is het observeren van gedrag en situaties ook nog een methode om de aan- of afwezigheid van relevante factoren te bepalen. Een getrainde observator kan gebeurtenissen en situaties observeren en daarmee een indruk krijgen van factoren die de invoering van nieuwe werkwijzen kunnen bevorderen of belemmeren. De

observator kan daarbij zowel actief deelnemen aan de gangbare zorgactiviteiten als zich afzijdig opstellen. Een gevaar is dat de aanwezigheid van de observator invloed heeft op de normale gang van zaken. Dit is te ondervangen door een zogenaamde disguised observator in te zetten ('disguised observer technique'). In dat geval wordt de ware reden van observatie niet kenbaar gemaakt aan de geobserveerden. Zo kan tegen verpleegkundigen worden gezegd dat gemeten wordt hoeveel tijd zij besteden aan het toedienen van opiaten, terwijl in werkelijkheid wordt gekeken in hoeverre zij zich houden aan een protocol. Een ander gevaar is dat de observator zijn of haar onafhankelijkheid verliest. Daarnaast is observatie tijdrovend en duur, zodat de toepasbaarheid beperkt is. Soms is het echter de enige methode die werkt om een objectief beeld te verkrijgen, bijvoorbeeld ten aanzien van onderwerpen waarvan de kwaliteitsverbeteraar weet of inschat dat deze met behulp van interviews of vragenlijstonderzoek te veel sociaal wenselijke antwoorden zullen opleveren. Dat zou het geval kunnen zijn in vraaggesprekken met werknemers van een spoedeisende hulp waar men de adherentie aan het protocol 'Herkenning kindermishandeling' wenst te verhogen. Observatie ter plekke kan dan beïnvloedende factoren aan het licht brengen, zoals een agressieve ouder die aanwezig is, waardoor een verpleegkundige geen lastige vragen durft te stellen en daardoor het protocol niet hanteert. Dit soort informatie wordt wellicht niet

Tabel 6.3 Voorbeeld van een vragenlijst naar beïnvloedende factoren voor toepassing van optimaal handhygiënegedrag (uit de ongepubliceerde studie 'Helping Hands' van A. Brink-Huis, IQ healthcare).

	volledig eens	tamelijk eens	tamelijk oneens	volledig oneens
Vergeleken met andere items op het gebied van patiëntveiligheid is handhygiëne op onze afdeling minder belangrijk	•	•	•	•
Als mijn collega's de richtlijnen voor handhygiëne niet volgen, doe ik dat ook niet	•	•	•	•
Er is weinig wetenschappelijk bewijs dat ziekenhuisinfecties kunnen worden voorkomen door een goede handhygiëne	•	•	•	•
Ik vind andere taken binnen de patiëntenzorg belangrijker dan het toepassen van handhygiëne	•	•	•	•
Het komt regelmatig voor dat de voorraad zeep, handalcohol, handdoekjes of wegwerphandschoenen niet is aangevuld	•	•	•	•

of minder verkregen bij toepassing van vragenlijsten.

6.5.6 STATISTISCHE METHODEN OM BEÏNVLOEDENDE FACTOREN TE ANALYSEREN

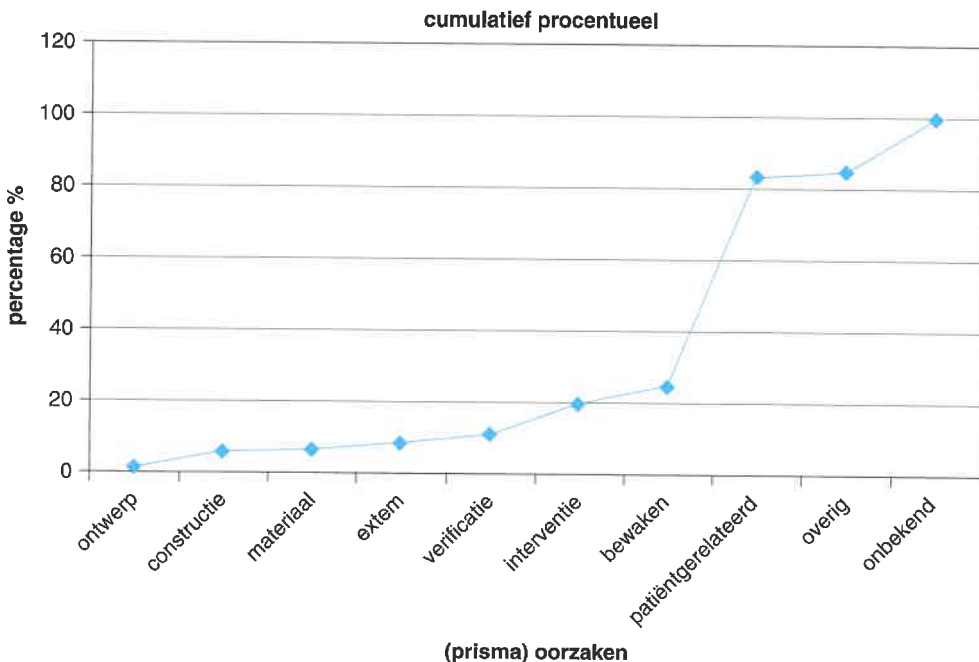
Naast verschillende methoden om gegevens over beïnvloedende factoren te verzamelen, zijn er ook diverse mogelijkheden om de verkregen gegevens te analyseren en te ordenen. Want dit dient, net als bij regulier wetenschappelijk onderzoek, ook met dit soort informatie te gebeuren. Hiertoe zijn verschillende, over het algemeen eenvoudige statistische technieken beschikbaar, die de mogelijkheid bieden de factoren te rangschikken naar belangrijkheid (paretogram), de oorzaken van een probleem te ordenen (visgraatdiagram) of een zorgproces in beeld te brengen (stroomdiagram). Deze drie methoden worden hieronder kort toegelicht.

Het paretogram (zie figuur 6.2) is gebaseerd op de aanname dat een beperkt aantal oorzaken een groot deel van de problemen veroorzaakt. Het Paretoprincipe staat ook bekend als 'de 80-20-re-

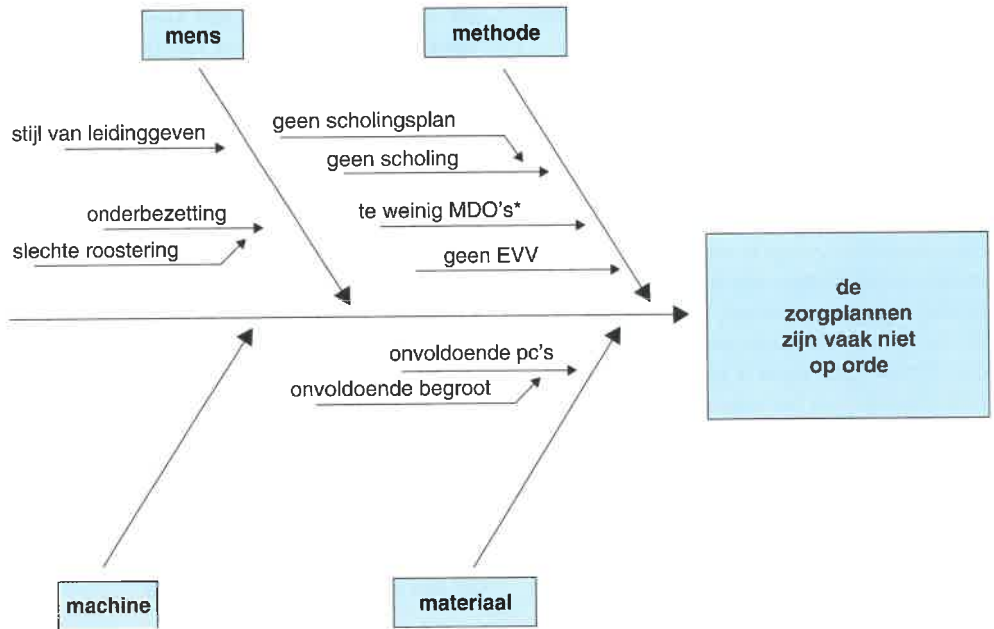
gel' en gaat ervan uit dat 80% van de problemen wordt veroorzaakt door 20% van de oorzaken. Het is efficiënt om de verbeteractiviteiten vooral op die 20% belangrijkste oorzaken te richten. In een paretogram staan de oorzaken in afnemende frequentie op de x-as, terwijl de y-as de aantallen of percentages van voorkomen aangeeft. In plaats van de frequentie van feitelijk voorkomen, is eventueel ook een rangordening mogelijk op basis van de relevantie zoals die door betrokkenen of deskundigen wordt ingeschat.

Uit het paretodiagram in figuur 6.2 kan de conclusie getrokken worden dat patiëntgerelateerde factoren de belangrijkste oorzaken zijn van valincidenten en dat veel andere oorzaken nog onduidelijk zijn. Deze score is wellicht toe te schrijven aan het feit dat bij de valincidenten vaak geen verpleging of andere begeleiding aanwezig was, terwijl de cliënt onvoldoende duidelijk kon maken wat er was gebeurd.

Een visgraatdiagram is een diagram waarin de mogelijke oorzaken van een situatie in een aantal rubrieken is onderverdeeld tot een vereenvoudigd oorzaak-gevolgschema (zie figuur 6.3). Meestal



Figuur 6.2 Analyse van oorzaken van valincidenten onder oudere patiënten in de psychiatrie met behulp van een paretogram (bron: Theoretische onderbouwing Project valpreventie ouderen in de GGZ. HAN, Nijmegen, 2008).



Figuur 6.3 Voorbeeld van een visdiagram met rechts als te verklaren verschijnsel 'de zorgplannen zijn vaak niet op orde' en links de oorzaken, geclusterd in de 4 M's (bron: BTSG, Innovatie in de ouderenzorg, www.btsg.nl).

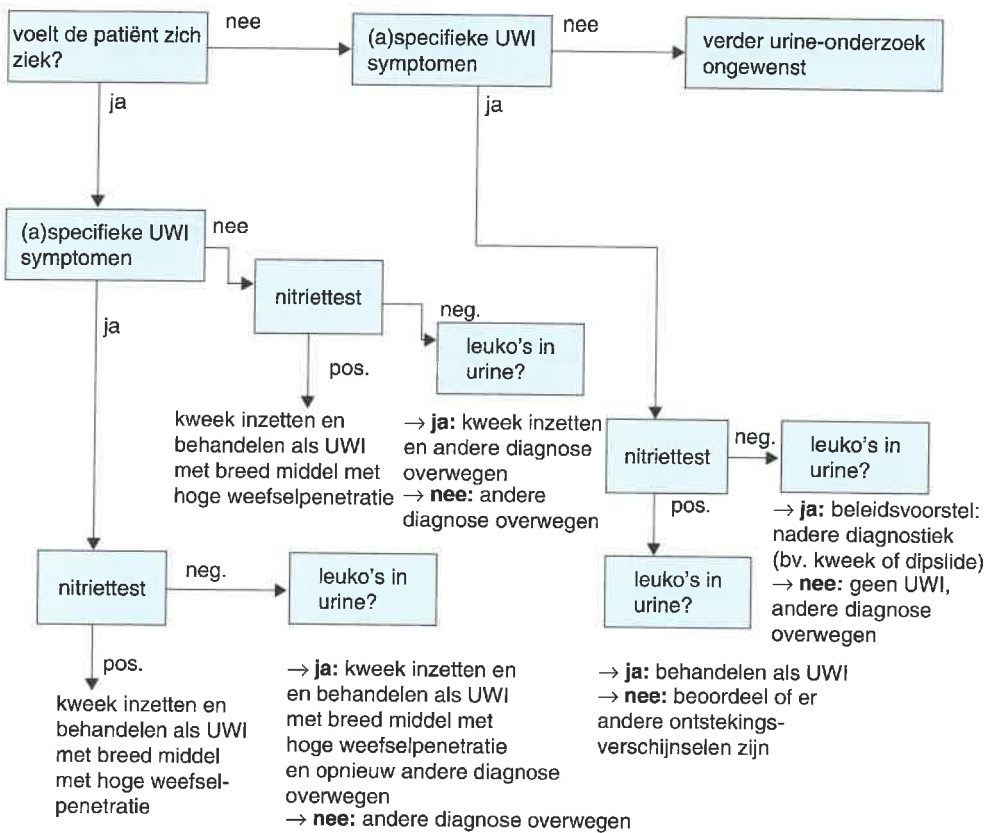
* MDO: Multi Disciplinair Overleg

staat rechts het te verklaren verschijnsel, bijvoorbeeld het onvoldoende toepassen van optimale zorg. Vervolgens worden verschillende categorieën van oorzaken onderscheiden, bijvoorbeeld mensen, machine, materiaal en methoden (de vier M's). Afhankelijk van de aard van het probleem zijn ook andere categorieën te gebruiken. De oorzaken staan links in het plaatje, geordend naar categorie.

Een stroomdiagram geeft op visuele wijze de volgorde van de stappen in het zorgproces weer (zie figuur 6.4). De beïnvloedende factoren kunnen gekoppeld worden aan specifieke stappen in het zorgproces, waardoor kwaliteitsverbeteractiviteiten gericht toegepast kunnen worden. Hoewel er een groot aantal technieken bestaat voor het maken van stroomdiagrammen, geldt steeds dat de figuur van links naar rechts of van boven naar beneden moet worden gelezen en dat de blokken activiteiten of gebeurtenissen voorstellen. Andere termen voor 'stroomdiagram' zijn 'stroomschema', 'flowchart' of 'flowsheet'.

6.6 Stap 4: Het ontwikkelen van een implementatiestrategie op maat

Wanneer duidelijk is hoe optimale patiëntenzorg eruit dient te gaan zien, op welke onderdelen hiervan wordt afgeweken in de dagelijkse praktijk en welke factoren verbetering beïnvloeden, kan worden overgegaan tot de volgende stap in het model, namelijk het daadwerkelijk ontwikkelen van een verbeterstrategie op maat. Met 'op maat' wordt bedoeld dat idealiter interventies worden gekozen of ontwikkeld die zo goed mogelijk aansluiten bij de resultaten uit de eerste stappen. Dat lijkt vanzelfsprekend, maar gebeurt in de praktijk (te) weinig. Vaak hecht men sterk aan bekende strategieën als nascholing of financiële maatregelen, die men vervolgens in elke situatie toepast. Echter, aan deze keuzes liggen dan impliciete ideeën ten grondslag ten aanzien van de belangrijkste knelpunten bij de invoering van de vernieuwing, die niet per se juist hoeven te zijn. Zo wordt soms te snel verondersteld dat kennistekort het onderliggende probleem van non-adherentie ten aanzien van een protocol is,



Figuur 6.4 Diagnostisch stroomdiagram uit de richtlijn Urineweginfecties (UWI) (bron: Verenso (voorheen NVVA), 2006, zie ook www.artsennet.nl).

zodat bijna logischerwijs na- of bijscholing als gekozen interventie wordt ingezet in een verbetertraject. Wanneer dit niet goed is onderzocht (stap 3 van het implementatiemodel), kan een onjuiste interventie worden toegepast, terwijl het grootste knelpunt zich bijvoorbeeld op het organisatorisch vlak zou kunnen bevinden.

Het op maat maken van een verbeterstrategie is bovendien niet eenvoudig omdat er veelal geen een-op-eenrelatie bestaat tussen een beïnvloedende factor en een verbeterstrategie of -maatregel. Zo kan nascholing kennis vergroten, maar ook attitudes veranderen. Attitudes kunnen doorgaans echter beter worden beïnvloed door communicatie met een expert of door middel van financiële prikkels dan door nascholing. Het wetenschappelijk bewijs ten aanzien van de relaties

tussen specifieke strategieën en specifieke factoren in verbetertrajecten is nog beperkt.^[18]

In deze paragraaf wordt verder ingegaan op de ontwikkeling van een strategie op maat en wordt geprobeerd een antwoord te geven op de vraag hoe men het beste te werk kan gaan om veranderstrategieën te ontwikkelen dan wel te selecteren die zo goed mogelijk aansluiten bij kenmerken van de innovatie, de doelgroep en de setting.

6.6.1 METHODEN OM VERBETERSTRATEGIEËN TE ONTWERPEN

Het is nog niet duidelijk wat de beste methode is om op basis van analyse van knelpunten te komen tot daadwerkelijke selectie van verbeterstrategieën. Indien er nog weinig ideeën zijn over de meest geschikte strategie, kan men dit proces min of

meer exploratief laten verlopen. Een andere mogelijkheid is om met behulp van beschikbare theorieën over kwaliteitsverbetering, hypothesen te formuleren waarop de keuze van de implementatiestrategieën gebaseerd kan worden.

Exploratieve methoden voor het opstellen van verbeterstrategieën zijn vooral gebaseerd op brainstormsessies in groepsverband. De onderliggende gedachte bij deze methodiek is dat hoe meer suggesties voor verbeterstrategieën er geopperd worden, des te groter de kans is dat er een goede aanpak tussen zit. Als de groep is samengesteld uit professionals van verschillende disciplines, vergroot dit eveneens de kans op een diversiteit aan suggesties. Zo zal een verpleegkundige wellicht op andere facetten focussen dan een chirurg of een vertegenwoordiger van de patiëntenvereniging. Brainstormsessies kunnen vooral interessant zijn wanneer men neigt te gaan kiezen voor een vertrouwde interventie die in de onderhavige situatie niet per se de best passende oplossing hoeft te zijn. Door 'out of the box' te stappen, kunnen brainstormsessies leiden tot nieuwe creatieve ideeën. Veelal verloopt de selectie van verbeteractiviteiten tijdens een brainstormsessie ongestructureerd. Er zijn echter ook verschillende methoden om het selectieproces op meer transparante en planmatige wijze te laten verlopen. Een dergelijke methode is 'Intervention Mapping' (IM), ontwikkeld binnen het veld van de gezondheidsvoorlichting en -bevordering.^[19] Bij deze methode wordt na analyse van het probleem beschreven wat de zes belangrijkste te nemen stappen zijn om tot een effectieve strategie te komen. Stap 1 betreft een 'needs assessment' waarin het probleem, de doelpopulatie en de beïnvloedende factoren zijn omschreven (deze informatie is al verzameld in de diagnostische fase). Vervolgens worden in stap 2 de doelen van het verbetertraject (SMART) geformuleerd. Om deze doelen te bereiken, wordt in stap 3 gebrainstormd over methodieken en worden praktische technieken gekozen. Stap 4 behelst het omzetten van de gekozen methoden en activiteiten in een concreet veranderplan, waarbij praktische materialen worden ontwikkeld, getest en geproduceerd. In stap 5 wordt de planning gemaakt voor het invoeren en het gebruik van het totale programma, terwijl in stap 6 wordt bepaald op welke wijze het programma geëvalueerd zal worden. Het voordeel van het volgen van een dergelijke planmatige

methode als IM is dat keuzes in het ontwikkelingsproces transparant en expliciet gemaakt worden. Overigens is er voor deze aanpak nog geen wetenschappelijk bewijs dat deze daadwerkelijk leidt tot effectievere kwaliteitsverbetering. Het is vanuit de praktijk wel duidelijk dat het ontwerpen van een verbeterprogramma idealiter op een systematische wijze dient plaats te vinden, aangezien dit structuur geeft, zowel bij de aanpak van het verbeterprogramma als bij de procesevaluatie: hoe is het verbeterproces aangepakt, is het zo uitgevoerd als afgesproken en zijn de beoogde resultaten bereikt? En indien niet, waarom niet? Deze informatie is belangrijk om te kunnen bepalen wat men in een volgende fase wellicht anders of beter zou moeten doen.

Voor het ontwikkelen van een implementatiestrategie worden vaak hypothesen gebruikt die geformuleerd zijn op basis van beschikbare theorieën. Als bekend is welke factoren een rol spelen in een veranderproces, kunnen theorieën worden gebruikt om te achterhalen welke strategie een wijziging in deze factoren teweeg zou kunnen brengen. Zo kan, wanneer 'sociale beïnvloeding' een belangrijke factor is bij het verbeteren van handhygiënegedrag ('Ik reinig mijn handen niet omdat de anderen op de afdeling dat ook niet doen'), gebruik worden gemaakt van onder meer de 'social learning theory' van Bandura, waarbij de focus voor verandering wordt gelegd bij demonstratie, voorbeeldgedrag en bekrachtiging van de juiste werkwijze.^[20] Deze theorie kan ondersteuning bieden bij het kiezen van potentieel effectieve verbeteractiviteiten.

Het blijkt dat het merendeel van de verbeterstrategieën gericht is op individuele professionals. Het zijn vooral educatieve strategieën die op hen worden toegepast. Echter, factoren die samenhangen met 'teamwork', met de organisatiestructuur en -cultuur waarin de professional werkt, en met het gezondheidszorgsysteem (wetten, toezicht, financiering, etc.), hebben vaak een nog grotere invloed op veranderingsprocessen dan de puur individuele factoren. Een grote hoeveelheid aan theorieën helpt daarom om ook op deze niveaus inzicht te brengen. Momenteel is er geen systematische methode beschikbaar voor het ontwikkelen van verbeterstrategieën op basis van theorieën.

6.6.2 TYPEN VERBETERSTRATEGIEËN

Voor het kiezen van concrete verbeterstrategieën, die óf exploratief óf via hypothesevorming plaatsvindt, kan gebruikgemaakt worden van de literatuur waarin een groot aantal methoden, strategieën en maatregelen worden genoemd die gericht zijn op het invoeren van nieuwe werkwijzen in de praktijk. Deze verbeterstrategieën variëren van het sturen van gedrukte materialen per post naar professionals tot het geven van een financiële beloning voor gewenst gedrag of het opnieuw inrichten van een multidisciplinair zorgproces. Het logisch indelen van deze strategieën en maatregelen kan op verschillende manieren. Eén wijze om ze te beschrijven en te ordenen is de min of meer ‘officiële’ indeling van de Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC). Een overzicht van verbeterstrategieën en maatregelen staat in tabel 6.4. Een dergelijke indeling is arbitrair vanwege onder andere de indeling in organisatorische en patiëntgerichte strategieën, aangezien het onderzoek naar de effecten van deze strategieën nog volop in ontwikkeling is. Eveneens zijn de beschreven strategieën vrij globaal. Desondanks is dit overzicht momenteel de meest gebruikte taxonomie en om die reden is het wenselijk om hierbij aan te sluiten wanneer verbeterstrategieën gekozen moeten worden.

Bij de selectie van strategieën moet in elk geval rekening worden gehouden met alle professionals en patiënten die betrokken zijn bij de te verbeteren zorg. Zoals geschetst bij de inventarisatie van beïnvloedende factoren, kunnen er binnen de doelgroep verschillende subgroepen bestaan die verschillende bevorderende en belemmerende factoren ervaren. Voor de ene subgroep kan het voornaamste probleem zijn dat zij niet op de hoogte is van (kennis) of negatief staat tegenover een richtlijn (attitude), terwijl een andere subgroep meer worstelt met het onder de knie krijgen van een nieuwe werkwijze (vaardigheden). Wil een verbetertraject kans van slagen hebben, dan is het noodzakelijk om voor diverse subgroepen verschillende maatregelen en strategieën te kiezen.

6.6.3 DE KEUZE VAN ÉÉN OF MEERDERE STRATEGIEËN

Zoals hiervoor beschreven, zijn er verschillende strategieën die kunnen bijdragen aan het succesvol implementeren van verbeteringen in de zorg. De keuze voor specifieke strategieën en maatregelen hangt vooral af van de aard van de innovatie en de potentieel beïnvloedbare factoren die alle betrokkenen bij de te verbeteren patiëntenzorg ervaren. Soms kan een simpele strategie zeer effectief zijn, bijvoorbeeld gecomputeriseerde beslissingsondersteuning die helpt bij het kiezen van de juiste medicatiedosering bij kankerpatiënten. In andere gevallen zal een complexe strategie meer op zijn plaats zijn, bijvoorbeeld het invoeren van een ‘snelpolikliniek’ voor patiënten met een maag-, darm- of lever tumor, met taken en verantwoordelijkheden voor alle professionals die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met deze oncologische aandoeningen.

Om de best passende strategie(ën) te kiezen, wordt idealiter niet alleen een probleemanalyse gedaan, maar wordt ook de wetenschappelijke literatuur geraadpleegd om te achterhalen welke strategie in welke situatie het meest effectief zou kunnen zijn. Hiervoor kan men onder meer te rade gaan bij de Cochrane Library, en met name de Cochrane Effective Practice and Organization of Care Group (EPOC), die systematische literatuurstudies op dit gebied organiseert en beoordeelt (zie hoofdstuk 1 en 2). Daarnaast verschijnen er steeds meer studies en systematische literatuuranalyses die gebruikt kunnen worden om potentieel effectieve strategieën bij het gekozen onderwerp te kiezen.

Een globale samenvatting van de stand van kennis over de effectiviteit van verschillende soorten strategieën staat in tabel 6.5.

De kosten van de implementatiestrategie(ën) zijn een bijkomende overweging bij de keuze van de best passende strategie(ën). Het is redelijk te veronderstellen dat complexe strategieën meer kosten en dat de effecten derhalve groter moeten zijn, willen ze kosteneffectief zijn. Bij beperkte financiële ruimte wordt de keuze voor de strategieën en maatregelen vooral ook door doelmatigheid bepaald. De situatie kan ertoe leiden dat gekozen wordt voor toepassing van een goedkopere strategie die wat minder effectief is dan een dure, maar met een net iets efficiëntere aanpak.

Tabel 6.4 Taxonomie van verbeterstrategieën (EPOC, Thorsen, 1999).^[21]

<i>Op professional gerichte educatie</i>	<i>Toelichting</i>
verspreiding van educatief materiaal	toesturen of uitdelen van bijvoorbeeld richtlijnen, audiovisueel materiaal en elektronische publicaties
grootschalige educatieve bijeenkomsten	passieve deelname door hulpverleners aan grootschalige conferenties of lezingen buiten de praktijksetting
kleinschalige educatieve bijeenkomsten	actieve deelname door hulpverleners aan workshops en trainingen buiten de praktijksetting
lokale consensusprocessen	deelname van hulpverleners aan discussies om te bewerkstelligen dat zij het klinisch probleem belangrijk vinden en over de aanpak ervan overeenstemming bereiken
educatieve praktijkbezoeken	inzet van een getraind persoon die hulpverleners in hun praktijksetting educatie/informatie geeft
lokale opinieleiders	inzet van hulpverleners die door collega's als 'invloedrijk' ten aanzien van educatie worden gezien
interventie via de patiënt	klinische informatie die direct bij de patiënt is verzameld en aan de hulpverlener wordt gegeven, bijvoorbeeld een depressievragenlijst die de patiënt in de wachtkamer heeft ingevuld en aan de hulpverlener overhandigt
feedback	samenvatting van gegevens over het klinisch handelen van professionals in een bepaalde tijdsperiode
reminders (handmatig of geautomatiseerd, bijvoorbeeld via EPD)	zetten de hulpverlener op het moment van beslissen aan om een klinische handeling of verrichting uit te voeren, bijvoorbeeld een pop-up op het scherm met de mededeling: 'Deze patiënte is meer dan drie jaar geleden voor het laatst gescreend op baarmoederhalskanker. Denk aan uitnodiging bevolkingsonderzoek'
massamedia	communicatie die een groot aantal mensen bereikt, zoals televisie, radio, kranten, posters, folders en brochures gericht op populatieniveau
andere op de professional gerichte educatie	namelijk:
<i>Op professional gerichte financiële prikkels</i>	<i>Toelichting</i>
betaling per verrichting	hulpverlener/organisatie krijgt betaald voor aantal en type verrichtingen
abonnementsysteem	hulpverlener/organisatie krijgt een vast bedrag per patiënt betaald
salarissysteem	hulpverlener/organisatie krijgt salaris voor bepaalde zorgverlening
prospectieve betaling	hulpverlener/organisatie krijgt een vast bedrag voor een procedure
beloning	hulpverlener/organisatie krijgt een financiële beloning voor goede of gepaste zorg die niet gebonden is aan bepaalde verrichtingen
boete	hulpverlener/organisatie krijgt een financiële boete voor inadequaat handelen
formularium	lijst van vergoede producten
andere financiële prikkel gericht op professionals	namelijk:

<i>Op patiënt gerichte financiële prikkels</i>	<i>Toelichting</i>
ziektekostenpremies	door patiënt betaalde deel voor ziektekostenverzekering, naast dat wat een werkgever betaalt
eigen bijdragen	patiënt betaalt in aanvulling op ziektekostenverzekering bij aflevering van de dienst een bedrag bij
eigen betaling	patiënt betaalt bij aflevering van de dienst
financiële beloning	patiënt ontvangt een financiële beloning die niet gekoppeld is aan een handeling
financiële boete	patiënt ontvangt een financiële boete voor bepaald gedrag, bijvoorbeeld limiet aan vergoeding voor medicijnen
andere financiële prikkel gericht op patiënten	namelijk:

<i>Op professional gerichte organisatorische strategieën</i>	<i>Toelichting</i>
herziening van professionele rollen	professionele substitutie, bijvoorbeeld inzet van verloskundigen voor perinatale zorg of apothekers voor voorlichting over medicijnen
klinische multidisciplinaire teams	samenstellen van teams met hulpverleners van verschillende disciplines die samenwerken als team in de zorg voor een patiënt
integratie van diensten	'continue zorg', follow-upmechanismen om de zorg voor een patiënt te coördineren
interventie in de beschikbare vaardigheden	veranderingen in aantal, type of kwalificatie van de staf
continuïteit van zorg	regelingen voor follow-up of verwijzingen, case-management, voorzieningen voor het bewaren of verkrijgen van informatie
meten van tevredenheid van hulpverleners	met werkomstandigheden en hun materiële en immateriële beloning
communicatie en bespreking van casus door hulpverleners op afstand	bijvoorbeeld telefonisch contact, telegeneeskunde: televisie-/videocontact tussen diverse hulpverleners op afstand
andere op professional gerichte organisatorische strategie	namelijk:

<i>Op patiënt gerichte organisatorische strategieën</i>	<i>Toelichting</i>
postorderapotheken	
mechanismen voor het omgaan met suggesties en klachten van patiënten	
participatie van consumenten in bestuur van een gezondheidsorganisatie	
andere op patiënt gerichte organisatorische strategie	namelijk:

<i>Structurele organisatorische strategieën</i>	<i>Toelichting</i>
veranderingen van de setting van zorgverlening	bijvoorbeeld verplaatsing van zorg van ziekenhuis naar huisartspraktijk

<i>Structurele organisatorische strategieën</i>	<i>Toelichting</i>
veranderingen in de fysieke structuur, faciliteiten en uitrusting	
veranderingen in patiëntdocumentatiesystemen	bijvoorbeeld van papieren naar computerdossiers
veranderingen in de omvang en aard van diensten	
aanwezigheid en organisatie van mechanismen voor monitoring van kwaliteit	
eigenaarschap, accreditering, certificering en affiliatie (aansluiting bij koepel) van ziekenhuizen en praktijken	
organisatie van de staf	
andere structurele organisatorische strategie	namelijk:
<i>Wettelijke maatregelen</i>	<i>Toelichting</i>
Alle interventies gericht op veranderingen in de zorgverlening of de zorgkosten via wet- en regelgeving	deze strategieën kunnen overlappen met organisatorische en financiële strategieën
veranderingen in medische aansprakelijkheid	
management van klachten van patiënten	
accreditering	
vergunningen	

Samenvattend kan gesteld worden dat het belangrijk is om bij de selectie van implementatiestrategieën en bij de planning van kwaliteitsverbetering creatief te werk te gaan bij het kiezen van oplossingen die passen bij de opgedane kennis over beïnvloedbare factoren. Hierbij is het van belang te komen tot een pakket van maatregelen die bij voorkeur effectief zijn gebleken in vergelijkbare situaties (zie ook 6.8.3) en waarvan de kosten beheersbaar blijven.

6.7 Stap 5: Proefimplementatie: het op kleine schaal plannen, uitvoeren en bijstellen van het verbetertraject

Bij het plannen en uitvoeren van concrete verbeteractiviteiten (wanneer, waar, hoe en door wie?)

is het zinvol om kleinschalig te starten met een beperkte groep gemotiveerde personen (professionals en/of patiënten), teams of instellingen. De geschiktheid en haalbaarheid van het verbeterplan en de uitwerking van de verschillende strategieën kunnen dan worden uitgetoetst. Op basis van de ervaringen in zo'n pilot kan het verbeterplan zo nodig (tijdig) worden bijgesteld. Zo bleek het zinvol om bij een verbetertraject ter reductie van het aantal medicatiefouten een pilot te doen op de spoedeisende hulp (SEH) met de arts-assistenten van de interne geneeskunde. Als onderdeel van het verbetertraject dienden de arts-assistenten een farmaceutische anamnese af te nemen en de thuismedicatie eenmalig in te voeren in een digitaal medicatiesysteem bij patiënten die de SEH bezochten. Echter, tijdens de pilot bleek dat het invoeren van medicatiegegevens door assistenten onmogelijk was door de hoge

te krijgen op vragen met betrekking tot de haalbaarheid en de toepasbaarheid van de verbeterstrategie. Het verkrijgen van informatie over uitgevoerde activiteiten en de ervaringen van participanten zelf is van groot belang. Door gebruik te maken van een observator kan tijdens het verbetertraject informatie verzameld worden over de uitgevoerde activiteiten, bijvoorbeeld door lijfelijk een observator aanwezig te laten zijn (bijvoorbeeld laten meelopen op een verpleegafdeling of in een huisartsenpraktijk) of door gebruikmaking van video- of geluidsopnamen. Ook kunnen vragenlijsten of interviews worden gebruikt waarin de uitvoerders of de participanten zelf aangeven wat zij hebben gedaan. Tot slot kunnen procesdata soms ook uit bestaande documentatie- of registratiebronnen (agenda's, notulen) gehaald worden.

Methoden voor het verzamelen van data voor een procesevaluatie

Observatie

Observatie is, zoals al eerder geschetst (zie 6.5.5) toepasbaar indien de aanwezigheid van een observator (persoon, camera of geluidsband) niet te indringend en opvallend is en het gedrag van de geobserveerden niet beïnvloedt. Observatie lijkt een eenvoudige en daardoor aantrekkelijke methode voor het verzamelen van data. Zij heeft echter als nadelen dat de methode niet eenvoudig te onderwijzen is, veel tijd vraagt en vaak informatie levert die moeilijk is samen te vatten en te analyseren. Hoe minder voorgestructureerd de observatie en hoe complexer de verbeterstrategie, hoe problematischer deze methode. Observatoren of beoordelaars van observaties dienen dan ook intensief getraind te worden en de interobserverbetrouwbaarheid moet worden nagegaan.

Zelfrapportage

Zelfrapportage (interviews en vragenlijsten) kan plaatsvinden in de vorm van periodieke rapportages gedurende de gehele verbeterperiode of door retrospectieve rapportage nadat het verbetertraject is afgerond. Periodieke rapportages leveren waarschijnlijk meer accurate data. Het aantal metingen is afhankelijk van de homogeniteit van de gegevens (hoe homogener de data, hoe minder vaak er

gemeten hoeft te worden), de benodigde tijd voor het verzamelen en interpreteren van de data en de ingeschatte tolerantie van mensen om ondervraagd te worden. Retrospectieve rapportages dienen zo snel mogelijk na afronding van het verbetertraject verkregen te worden. De betrouwbaarheid van deze data neemt af naarmate de verbeterstrategie langer duurt (men moet namelijk verder in de tijd terugkijken).

Bestaande documentatie- of registratiesystemen

Deze systemen kunnen ook gebruikt worden voor het extraheren van procesdata. Dit betekent dat er gebruik wordt gemaakt van informatie die toch al – onafhankelijk van de procesevaluatie – routinematig wordt genoteerd (zoals de agenda van een kwaliteitsfunctionaris die ondersteuning geeft aan een team in het ziekenhuis bij het verbeteren van de zorg). Dit is een goedkope methode die efficiëntie te verkrijgen data oplevert. Registraties kunnen uiteenlopen van verhalende verslagen tot zeer gestructureerde dataformulieren waarop het personeel aankruist welke activiteiten zijn uitgevoerd. Voorbeelden van dergelijke bronnen zijn notulen van vergaderingen, rekeningen van aangeschafte materialen, aanwezigheidslogboeken, getuigschriften voor cursusdeelname, bestelformulieren, verwijsbrieven, medische dossiers, dagboeken, checklists, nieuwsbrieven et cetera. Het gebruik van bestaande registraties kan een aantal problemen opleveren. Vaak kunnen niet alle benodigde gegevens precies zoals gewenst worden verzameld; het verzamelen van additionele gegevens is dan noodzakelijk. Ook kan het voorkomen dat degenen die verantwoordelijk zijn voor het bijhouden van het registratiesysteem bang zijn dat het systeem negatieve informatie over hen zal prijsgeven. Dit kan leiden tot problemen met betrekking tot de betrouwbaarheid of volledigheid van informatie. Het wegnemen van deze angst bij en het motiveren van personeel belast met het bijhouden van het systeem is dus belangrijk. Bovendien dient de accuraatheid en volledigheid van de data regelmatig gecontroleerd te worden. Gegeven de mogelijke problemen bij het gebruikmaken van bestaande registraties, kan er gekozen worden voor het opzetten van een specifiek registratiesysteem ten behoeve van het project. Om de kansen te vergroten op

het verkrijgen van betrouwbare en volledige gegevens, moet het systeem eenvoudig te onderhouden zijn en tegelijkertijd voordelen opleveren voor de gebruikers van het systeem. Checklijsten zijn bijvoorbeeld handig en efficiënt in het gebruik; er hoeven geen omschrijvingen gegeven te worden, het aankruisen van een item is voldoende. Ze werken tevens als geheugensteun voor de gebruiker.

Zowel van de leden van de doelgroep als van het verbeterteam zelf kan informatie verkregen worden over hun ervaringen met de verbeterstrategie. Hierbij kunnen zij aangeven welke aspecten de meest essentiële bijdrage hebben geleverd aan het uiteindelijke positieve dan wel negatieve effect van deelname. Zo wordt informatie verzameld over de bevindingen van de gekozen verbeterstrategie. Deelnemers aan een educatieve en feedbackstrategie over verbetering van handhygiëne zouden bijvoorbeeld achteraf kunnen oordelen dat niet alle betrokken specialismen uitgenodigd waren voor de scholingsbijeenkomsten (de microbiologen ontbraken bijvoorbeeld), dat vier scholingsbijeenkomsten te veel was (omdat men de scholing gedeeltelijk in eigen tijd moest volgen), dat de uitleg over kruisbesmetting niet eenduidig was (doordat verschillende disciplines tegenstrijdigheden verkondigden) en dat de tweede scholingsbijeenkomst het meeste had bijgedragen aan hun daadwerkelijke veranderingen in eigen handhygiënegedrag (omdat met behulp van een oplichtend poeder op ieders handen inzichtelijk werd gemaakt hoeveel bacteriën daaraan kleefden na een patiëntencontact, hetgeen grote indruk maakte). Deze concrete informatie kan gebruikt worden om de strategie aan te passen, zowel tussentijds in het implementatietraject als achteraf met het oog op verdere of hernieuwde implementatie.

Evidente procesinformatie wordt tevens verkregen door het analyseren van de beïnvloedende factoren (paragraaf 6.5) zoals die door de uitvoerders en participanten ervaren werden tijdens het verbetertraject. In het ideale geval is een verbeterstrategie niet slechts gebaseerd op een systematische analyse van bevorderende en belemmerende factoren waarop de verbeteractiviteiten naadloos zijn afgestemd. In een procesevaluatie dient nagegaan te worden of en hoe knelpunten

zijn opgelost en of alle bevorderende factoren optimaal zijn benut, door een gedegen analyse van ervaringen van uitvoerders en participanten, met als doel de verbeterstrategie waar nodig bij te stellen.

6.8.3 DE KOSTENEVALUATIE

In verbeterprojecten kunnen naast de effect- en procesevaluatie ook de kosten van de verbeterstrategie inzichtelijk worden gemaakt. Dit wordt vaak nog niet gedaan: in een literatuuroverzicht van 235 studies waarin meer dan 300 vergelijkingen van verbeterstrategieën werden gerapporteerd, werden slechts in 29% van de gevallen economische (kosten)gegevens vermeld.^[18] Ook zijn deze specifieke economische evaluaties methodologisch gezien vaak niet van goede kwaliteit. Toch maken leidinggevend en beleidsmakers in de praktijk doorgaans impliciet een afweging tussen de kosten en de opbrengsten van verschillende strategieën alvorens tot implementatie van een vernieuwing over te gaan. In een economische evaluatiestudie worden afwegingen ten behoeve van (beleids)beslissingen echter expliciet gemaakt. Bij een kostenevaluatie wordt de doelmatigheid, ook wel 'kosteneffectiviteit' genoemd, van een verbeterstrategie bepaald.

Het implementeren van nieuwe werkwijzen in de zorg heeft tot doel gezondheidswinst of meer efficiënte of patiëntvriendelijke zorg te creëren. De kosteneffectiviteit van een verbeterstrategie bestaat uit vier deelaspecten, te weten: 1. de kosteneffectiviteit van het gewenste handelen; 2. de mate waarin het gewenste gedrag reeds plaatsvindt; 3. de kosten van het uitvoeren van de verbeterstrategie zelf; en 4. de uiteindelijke effectiviteit van de verbeterstrategie. In sommige gevallen is in patiëntgebonden onderzoek de kosteneffectiviteit van de gewenste zorg al afdoende aangetoond en hoeft dit niet nog eens opnieuw gedaan te worden bij de evaluatie van een verbeterstrategie. Als bijvoorbeeld uit onderzoek is gebleken dat een gespecialiseerde hartfalenpolikliniek tot een bepaald percentage minder heropnames leidt en hoeveel daarmee jaarlijks kan worden bespaard op de kosten, dan hoeft dit aspect niet opnieuw te worden meegenomen in een kostenevaluatie van het implementatieproces. De economische evaluatie kan in zo'n geval worden beperkt tot de kostenanalyse van alleen de verbe-

teractiviteiten en een effectiviteitsanalyse van parameters zoals het aantal professionals dat volgens een protocol of aanbeveling handelt (de compliantie of adherentie) of het aantal patiënten aan wie de zorg in overstemming met de gewenste werkwijze wordt gegeven. Allerlei informatie die verzameld wordt voor een procesevaluatie levert schattingen op van implementatiekosten in termen van tijd en geld, bijvoorbeeld over de concreet uitgevoerde activiteiten tijdens het verbetertraject. Het is dan mogelijk om modelmatig de doelmatigheid van het zorgbeleid als geheel te berekenen.^[22] Hierdoor kan het gebruik van complexe onderzoeksdesigns worden omzeild.

Anders dan bij klinische interventies worden bij verbeterstrategieën tot op heden veel minder vaak economische evaluaties verricht. Bij niet-

gerandomiseerde of -gecontroleerde studies vindt doorgaans geen vergelijking van de verbeterstrategieën zelf plaats, waardoor het uitvoeren van een volwaardige economische evaluatie onmogelijk is. De (meer)kosten van het verbeteren kunnen echter wel goed op een rij worden gezet. Ter stimulatie van het gewenste handelen bevatten gerandomiseerde en/of gecontroleerde onderzoeken meestal wel een concrete (empirische) vergelijking van alternatieve manieren. Typerend voor een volwaardige economische evaluatie is dat zowel kosten als uitkomsten worden onderzocht en dat deze aan elkaar worden gerelateerd of in ieder geval in een kosten- en consequentietabel naast elkaar worden beschreven. Bij verbeterstrategieën kunnen zowel proces- (bijvoorbeeld indicatoren) als patiëntuitkomsten als effectiviteitsmaten voor economische evaluaties worden gebruikt.

Kernpunten

- Om kwaliteitsverbeteringen zo effectief mogelijk te implementeren, dient op systematische wijze een kwaliteitsverbeteringsprogramma opgezet en uitgevoerd te worden. Daarbij kan het volgen van de stappen van een implementatiemodel houvast bieden.
- Alvorens een verbetertraject te initiëren, dient als eerste optimale zorg gedefinieerd te worden en moet een concreet voorstel voor verbetering worden geformuleerd.
- Vervolgens dient de huidige zorg te worden gemeten en moeten potentiële knelpunten en barrières voor het doorvoeren van de kwaliteitsverbetering in kaart worden gebracht.
- Op geleide van deze knelpuntenanalyse dient een verbeterstrategie op maat te worden ontwikkeld.
- De gekozen strategie kan in eerste instantie op beperkte schaal worden uitgevoerd. Op basis van de resultaten van een pilot kan het verbeterplan zo nodig worden bijgesteld alvorens dit op grote(re) schaal toe te passen.
- Tot slot is het evalueren van de uitkomsten van de verbeterstrategie van belang.

Literatuur

- 1 Grol R, Wensing M (eds.). Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2006.
- 2 Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003;362:1225-30.
- 3 Stone S. Hand hygiene - The case for evidence based education. *J R Soc Med* 2001;94:278-81.
- 4 Kievits F, Adriaanse MT. Betere handhygiëne noodzakelijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008;152:2582.
- 5 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn 'Decubitus'. 2002
- 6 Liefers MAM, Mokkink HGA. Desinfecteren van de huid vóór injecties niet van invloed op het ontstaan van infecties; een literatuurstudie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002;146:765-7.
- 7 Kohn LT. To err is human: building a safer health care system. Washington DC: Institute of Medicine, 1999.
- 8 Brink-Huis A, Schoonhoven L, Hulscher M, Holleman G, Achterberg T van. Helping hands. Onderzoek naar handhygiëgedrag van ziekenhuismedewerkers. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* 2010; 120:12-8.
- 9 Rogers E. Lessons for guidelines from the diffusion of innovation. *Jt Comm J Qual Improv* 1995;21:324-8.
- 10 Mank A, Lelie H van der. Is there still an indication for nursing patients with prolonged neutropenia in protective isolation? An evidence-based nursing and medical study of 4 years experience for nursing

- patiënts with neutropenia without isolation. *Eur J Oncol Nurs* 2003 Mar;7:17-23.
- 11 Rotter ML. Arguments for alcoholic hand disinfection. *J Hosp Infect* 2001;48 Suppl A:S4-8.
 - 12 Lawrence M, Olesen F, et al. Indicators of quality in health care. *Eur J Gen Pract* 1997;3:103-8.
 - 13 Hof A van 't, Ottenvanger JP, Eefting F, Wienke A. Gestraft voor kwaliteitsmeting. *Medisch Contact* 2009;38:1580-1.
 - 14 Campbell SM, Roland MO, Buetow S. Defining quality of care. *Soc Sci Med* 2000;51:1611-25.
 - 15 Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Qual Saf Health Care* 2002;11:358-64.
 - 16 Normand SLT, McNeil BJ, Peterson LE, et al. Eliciting expert opinion using Delphi technique: identifying performance indicators for cardiovascular disease. *Int J Qual Health Care* 1998;10:247-60.
 - 17 Reitsma-van Rooijen, M, Jong JD de. Betalen voor SEH schrikt af: ook mensen met acute klachten blijven weg. *Medisch Contact* 2010;65:1479-81.
 - 18 Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004;8:iii-iv, 1-72.
 - 19 Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH. Intervention mapping: Designing theory- and evidence based health promotion programs. New York: McGraw Hill, 2001.
 - 20 Bandura A. *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press, 1977.
 - 21 Thorsen T, Mäkelä M. *Theory and practice of clinical guidelines implementation*. Copenhagen: DSI Danish Institute for Health Services Research and Development, 1999.
 - 22 Mason J, et al. When is it cost-effective to change the behaviour of health professionals? *JAMA* 2001;286:2988-92.

Websites

- www.wip.nl. Website van de Werkgroep Infectie Preventie, instantie die landelijke richtlijnen ontwikkelt op dit specifieke onderwerp, waaronder de richtlijn Handhygiëne medewerkers.
- www.cbo.nl. Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO ontwikkelt medische richtlijnen die landelijk worden verspreid.
- nl.wikipedia.org/wiki/SMART-principe. Overzichtlijke uitleg van SMART-doelen beschreven op de digitale encyclopedie Wikipedia.
- <http://www.igz.nl>. De door de Inspectie voor de Gezondheidszorg opgestelde landelijke indicatoren zijn hier te vinden.

Wetenschappelijk onderzoek naar kwaliteitsverbetering in de patiëntenzorg

H. Wollersheim en T. van der Weijden

Samenvatting

Aan kwaliteitsverbetering gaat het betrouwbaar meten van de (huidige) kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg vooraf. In deze diagnostische fase spreekt men van probleemidentificatie (waar zijn de problemen in de zorg en hoe ernstig zijn deze?) en probleemanalyse (welke oorzaken zijn er voor de problemen?). De meetmethoden voor probleemidentificatie en -analyse moeten voldoen aan strikte psychometrische kenmerken van validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid. Bij het analyseren van de oorzaken van suboptimale kwaliteit is een kwalitatieve aanpak met interviews, observaties en documentenanalyse meestal noodzakelijk.

Op grond van de analyse van de huidige zorg, de gevonden oorzaken voor suboptimale zorg en ervaringen met verbeterstrategieën door derden kan een passende verbeter- en een implementatiestrategie worden geformuleerd. Hierbij kan men een gefundeerd oordeel vellen over de te verwachten effecten door gebruik te maken van gecombineerd onderzoek, zoals systematische literatuurreviews naar het effect van verbeterstrategieën.

Implementatie- en verbeterstrategieën zijn vaak opgebouwd uit meerdere onderdelen, zoals psychosociale, management- en economische componenten. Idealiter is de interventie gericht op het macro-, meso- en microniveau van de gezondheidszorgpiramide.

Bij het wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van implementatie- en verbeterstrategieën kan men gebruikmaken van diverse onderzoeksopzetten, van eenvoudige voor- en name-tingen tot diverse typen van randomized controlled trials. De cluster controlled trials en het stepped wedge design zijn voorbeelden van onderzoeksopzetten die toegesneden lijken op kwaliteitsverbeteronderzoek.

Leerdoelen

Na bestudering van dit hoofdstuk is de lezer in staat:

- de meest gebruikte meet- en analysemethoden voor de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg te benoemen;
- aan te geven wat het belang is van de psychometrische eigenschappen van meet- en analyse-instrumenten;
- globaal te kunnen aangeven hoe sterk het wetenschappelijk gehalte van de effectiviteit van een beschreven en geëvalueerde verbeterinterventie is;

teit van een beschreven en geëvalueerde verbeterinterventie is;

- voorbeelden van onderzoeksdesigns naar kwaliteitsverbetering te geven en aan te geven wat de voordelen en nadelen zijn.

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt besproken hoe de kwaliteit van zorg op verantwoorde wijze kan worden gemeten en geanalyseerd: het beschrijvend kwa-

7

liteitsonderzoek. En vervolgens hoe een op basis van metingen en analyses samengestelde verbeterstrategie op wetenschappelijk verantwoorde wijze te onderzoeken is met een zo gedegen mogelijke onderzoekszopzet.

De meet- en analysefase is de diagnostische fase, die wordt gevolgd door de verbeterfase. Hoe een verbeterinterventie kan worden opgebouwd in deze verschillende fasen staat beschreven in de zes stappen van het implementatiemodel in hoofdstuk 6 (zie ook figuur 6.1).

Speciale aandacht geven wij in dit hoofdstuk aan de bijzondere kenmerken van kwaliteit van zorgverbeterinterventies en de diverse designs die daarbij horen, met hun voor- en nadelen. Een van de bijzondere kenmerken van kwaliteitsverbeterstrategieën is dat deze vaak uit meerdere componenten bestaan; vaak worden immers componenten uit de psychologie, sociologie, antropologie, economie en managementwetenschappen gebruikt. Bovendien is de strategie vaak gericht op de verschillende onderdelen van de gezondheidszorgpiramide: het micro-, meso- en macrosysteem (zie hoofdstuk 1). De diverse vormen van kwaliteitsverbeteronderzoek zijn samengevat in het kader.

Diverse vormen van kwaliteitsverbeteronderzoek

- Beschrijvend onderzoek: beschrijving huidige zorg en vergelijking met normen of standaard (probleemidentificatie)

- Kwalitatieve analyses (probleemanalyses; procesevaluaties)
- Psychometrisch onderzoek: analyse van meetinstrumenten
- Implementatiestrategieontwikkeling: meningen, theorieën, beschrijvingen van barrières, ervarings- of correlatiemetingen
- Experimenteel onderzoek, al dan niet gecontroleerd: uitkomstmaten van verbeterinterventies worden vergeleken in de tijd of met andere groepen
- Combinerende studies zoals systematische reviews en meta-analyses

Kwaliteitsverbeteronderzoek heeft een sterke analogie met de kwaliteitscyclus (zie hoofdstuk 1). In de kwaliteitscyclus wordt in de Plan- en Do-fase geprobeerd optimale zorg (bijvoorbeeld een richtlijn) in de klinische praktijk in te voeren. In de Check-fase wordt de afwijking van het ideaal gemeten (probleemidentificatie) en geanalyseerd (probleemanalyse). Ten slotte wordt in de Act-fase de verbeterinterventie beschreven, alsmede de implementatieactiviteiten om deze te ondersteunen.

Belangrijk is het verschil tussen de interventie en de implementatiestrategie. De interventie beschrijft de daadwerkelijke verbetering (bijvoorbeeld het voorschrijven van een bètablokker aan patiënten die een myocardinfarct hebben gehad). In de implementatiestrategie probeert men de toepassing van de interventie in de dagelijkse praktijk te bevorderen (bijvoorbeeld het aanhaken van een voorgedrukt bètablokkerrecept aan

diagnostische fase	therapeutische fase	
probleem? →	oplossing →	probleem verdwenen?
suboptimale zorg	review evidence best practices →	design → interventie
probleemidentificatie meten: waar is zorg suboptimaal?	determinanten →	uitkomstmaten
probleemanalyse waarom is zorg suboptimaal? kwalitatieve analyses op micro-, meso- en metaniveau	belemmerende en bevorderende factoren voor optimale zorg →	implementatie

Figuur 7.1 Onderzoeksraamwerk voor kwaliteitsverbetering.

ieder ontslagformulier van de afdeling hartbewaking).

In figuur 7.1 is het onderzoeksraamwerk met de diagnostische fase (probleemidentificatie en -analyse) en de verbeterfase (interventie- en implementatiestrategie) samengevat.

Achtereenvolgens worden nu de diagnostische fase, de verbeterstrategieën en de wetenschappelijke evaluatie daarvan beschreven.

7.2 Het meten en analyseren in de diagnostische fase

7.2.1 METEN

De historie van kwaliteitsmetingen

In het eerste wetboek ter wereld, de Code van Hammurabi, zijn reeds kwaliteitsmetingen beschreven. Indien een Assyrische chirurg een fout maakte, werd zijn hand afgehakt, een rigoureuze preventieve maatregel tegen chirurgische onveiligheid.

Medio negentiende eeuw waren het Florence Nightingale en Ignaz Semmelweiss die metingen in de zorg tot onderwerp van onderzoek maakten.

Florence Nightingale (1820-1910) was een Engelse verpleegkundige die tijdens de Krimoorlog een relatie vond tussen hygiënemaatregelen en wondinfecties. Het door haar van Hippocrates afgeleide 'Do no harm' werd onderdeel van de art-seneed.

Ignaz Semmelweiss (1818-1865) beredeneerde dat de sterk verhoogde sterfte aan kraamvrouwenkoorts in een Weens opleidingsziekenhuis mogelijk veroorzaakt werd door 'een verontreiniging' die via de handen van de dokters werd meegenomen vanuit de obductieruimtes naar de kraamkamers. Een klassieke voor- en nameting met als interventie 'handen wassen' liet zien dat de mortaliteit meer dan halveerde.

Rond 1920 ontstond in de VS de behoefte om industriële processen beter te monitoren. De godfather van de statistische kwaliteitscontrole was Walter Shewhart, een Amerikaanse statisticus die werkte bij Bell Telephone Company. Shewhart mat de uitkomsten van productieprocessen voor en na verbeterinterventies. Gemiddelden en standaarddeviaties (SD) toonden aan of het productieproces voldoende was gestandaardiseerd en statistische procescontrole (SPC) werd gebruikt

om te zien of een verbetering significant leek, dat wil zeggen twee- of driemaal zo groot als de SD.

Meetonderwerpen

Avedis Donabedian's klassiek geworden vraag 'How can you tell you have good quality of care?' beantwoordde hij met: 'By measuring structure, process and outcome.'^[1] Structuur-, proces- en uitkomstindicatoren (zie hoofdstuk 6) meten de kwaliteit van zorg. Het meten met indicatoren is belangrijk om de zorg te kunnen verbeteren. Metingen tonen immers aan waar en in welke mate de zorg suboptimaal is (probleemidentificatie).

Metten is weten; een klinisch voorbeeld

Toen dr. W. net voor het kerstecres zijn spreekkamer verliet, kwam hij op de gang een collega tegen. Deze vroeg: 'Heb jij in het afgelopen jaar goede patiëntenzorg geleverd?' W. fronste zijn wenkbrauwen: 'Eigenlijk weet ik dat niet, jij wel?' De collega ontvouwde de grote spreadsheet die hij onder zijn arm droeg. Daarop stonden al zijn hypertensiepatiënten van het afgelopen jaar. Naast de persoonscode waren geslacht, leeftijd, uitgangsbloeddruk, procentuele daling en het aantal hiertoe benodigde geneesmiddelen aangegeven. Hieruit had de collega zijn effectiviteitsindex berekend. Er stond nog veel meer op het vel: of de patiënten rookten, of zij therapietrouw waren, of er een secundaire hypertensie was gevonden, hoe vaak het eerstekeuzegeneesmiddel gebruikt was et cetera. Indien de streefwaarde niet was bereikt, was de patiënt rood omcirkeld. 'Op hen ga ik mij volgend jaar speciaal richten', merkte de collega op.

Naast indicatoren zijn er voor elk van de in hoofdstuk 1 genoemde dimensies van zorg (professioneel, organisatorisch of patiëntgericht) veel meetinstrumenten beschikbaar, zoals de CQ-index (zie hoofdstuk 3) voor patiëntervaringen. Meestal zijn deze instrumenten ingebouwd in een meetsysteem. Zo kan het toetsen van professionele kwaliteit gebeuren tijdens een visitatie en het toetsen van organisatorische kwaliteit tijdens een accreditatie.

Meetgegevens

Om te meten zijn gegevens nodig, liefst uit betrouwbare databanken. Betrouwbare data veronderstellen definities, juist gebruik door administratief personeel en een periodieke check op compleetheid en juistheid.

In Nederland zijn er diverse databanken met administratieve en medische gegevens waaruit men kan putten. Zo bevatten de data van de Landelijke Medische Registratie (LMR) administratieve gegevens zoals leeftijd, geslacht en diagnoses van in ziekenhuizen opgenomen patiënten. Enkele jaren geleden is de DBC-registratie (diagnose-behandelcombinaties) geïntroduceerd in het kader van een nieuw vergoedingensysteem. Deze registraties worden door artsen zelf bijgehouden; ze zijn medisch-inhoudelijk betrouwbaarder, maar wellicht minder volledig dan administratieve data. Veel huisartspraktijken, dialyse-, oncologische, intensive care- en hartchirurgische centra houden zelf prospectief data over de kwaliteit van zorg bij. De ontwikkeling van een elektronisch patiëntendossier in de naaste toekomst maakt het mogelijk dat gegevens over de

kwaliteit van zorg op geautomatiseerde wijze uit het medisch dossier gehaald kunnen worden.

7.2.2 MEETINSTRUMENTEN

De klinimetrie ('meten van klinische verschijnselen') houdt zich bezig met het op de juiste wijze meten. Een meting moet relevant (iets zeggen over een belangrijk aspect van zorg), valide, betrouwbaar en gemakkelijk bruikbaar zijn. Bij biologische metingen spreekt men van biometrie en bij psychosociale metingen van psychometrie. Voor een uitvoerige beschrijving van biometrie wordt verwezen naar boeken over epidemiologisch onderzoek. Voor een beschrijving van de ontwikkeling en het gebruik van indicatoren voor goede zorg wordt verwezen naar de hoofdstukken 2 en 6.

Kwantitatieve analyses

Meetinstrumenten kunnen worden gebruikt om psychosociale en functionele factoren te meten, bijvoorbeeld de patiënttevredenheid, de kwaliteit van leven, de zelfredzaamheid bij dementie of de

Tabel 7.1 Psychometrische kenmerken meetinstrumenten.

Kenmerk	Omschrijving	Voorbeeld
Relevantie	Is het meetaspect van belang?	Kwaliteit van leven bij kanker
Validiteit	Relatie tussen meetaspect en te bestuderen factor	Angst in een kwaliteit-van-levenlijst
<i>Face validity</i>	Mate waarin een meetinstrument iets zegt over het gemetene naar de mening van deskundigen	In welke mate zegt angst iets over kwaliteit van leven?
<i>Content validity</i>	Mate waarin een meetinstrument alle concepten van een specifiek fenomeen omvat	Moet angst onderdeel zijn van een meetinstrument naar depressie?
<i>Construct validity</i>	Mate waarin een meetinstrument alle concepten van een specifiek fenomeen meet, waarbij overbodige concepten ontbreken	Meetinstrument voor ernst van depressie omvat het concept 'uitzichtsloosheid', maar geen vragen over pijn
<i>Criterion validity</i>	Geeft de voorspellende waarde van een meting weer	In welke mate voorspelt 'ernst van pneumoniescore' complicaties of overlijden?
Betrouwbaarheid	Mate waarin een herhaalde meting hetzelfde resultaat geeft	Het meten van de zelfredzaamheid van kankerpatiënten is betrouwbaar, zoals een herhaalde meting liet zien
Bruikbaarheid	Mate van gebruikersgemak in de dagelijkse praktijk	Het invullen van de vragenlijst duurde bijna 20 minuten en een deel van de vragen leidde tot interpretatieproblemen; daarmee was de lijst slecht bruikbaar

valneiging bij een verwarde patiënt. Deze metingen moeten voldoen aan psychometrische eisen van relevantie, validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid. Enkele van deze psychometrische factoren zijn in tabel 7.1 weergegeven en een uitgewerkt voorbeeld staat in het kader.

Patiënttevredenheid

Met een tevredenheidslijst meten universitaire medische centra periodiek bij een cohort van patiënten de tevredenheid. De lijst bestaat uit zes concepten (waaronder ontvangst, begeleiding, informatie). Elk concept wordt uitgediept met 2 tot 4 vragen (in totaal 21 vragen). Voor een dergelijke vragenlijst is het belangrijk dat alle concepten van tevredenheid erin zijn opgenomen. Vanwege de lengte en voor een gewogen score moeten er niet te veel of met elkaar overlappende concepten in voorkomen; de zogenaamde content- en constructvaliditeit. De Cronbach's alfa drukt de interne consistentie van de items in de vragenlijst uit en geeft aan in hoeverre de vragen hetzelfde concept meten. Dit door te berekenen of de antwoorden van een grote groep respondenten op deze vragen consistent zijn. De waarde loopt tot 1. Hoe hoger de waarde, hoe beter; als grens wordt vaak 0,7 aangehouden.

betrouwbare data, de tijd die nodig is om een meting te verrichten, het aantal noodzakelijke metingen om een betrouwbare indruk te krijgen en het discriminerend vermogen. Het discriminerend vermogen geeft aan of de meting verschillen tussen groepen betrouwbaar kan aangeven.

Kwalitatieve analyses (problemanalyses)

Bij kwalitatief onderzoek worden waarnemingen, meningen en ervaringen geanalyseerd en geïnterpreteerd. De onderzoeker probeert te begrijpen welke betekenis sociale interacties en gedrag hebben. Kwalitatieve analyses spelen een belangrijke rol bij het begrijpen van kwantitatieve resultaten. Aan artsen kan bijvoorbeeld worden gevraagd waarom het advies uit de richtlijn om bètablokkers voor te schrijven aan hartinfarctpatiënten niet wordt opgevolgd.

Bij publicatie van kwalitatieve analyses vormen citaties en hun interpretatie (in het voorbeeld dat volgt: 'behoefte aan rust' – overbelasting) een belangrijk onderdeel van het artikel. Om deze bijzondere vorm van onderzoek recht te doen, zijn criteria opgesteld waaraan goed kwalitatief onderzoek moet voldoen.^[2]

Terwijl bij kwantitatief onderzoek vooral grotere populaties worden onderzocht, gaat het bij kwalitatief onderzoek vooral om kleine variabele populaties met een diversiteit aan meningen of ervaringen die men in de volle breedte wil achterhalen. De klassieke powercalculatie is niet van toepassing op kwalitatief onderzoek. Bij interviews gaat men bijvoorbeeld net zo lang door tot er geen nieuwe concepten meer worden gevonden. Dit wordt saturatie genoemd. Deze wordt meestal bereikt na 8 tot 15 interviews.

7.2.3 DATAVERZAMELING

Methoden om data te verzamelen zijn interviews, gestructureerde groepsprocessen en observaties. In tabel 7.2 zijn deze methoden samengevat.

Interviews

Er zijn diverse typen interviews te onderscheiden. De mate van structuur (van open tot gesloten interviews met een al dan niet sturende rol van de interviewer), het aantal respondenten (van één persoon tot groep) en de setting (formeel of informeel) bepalen het type interview.

Open interviews zijn diepte-interviews met

Naast de validiteit zijn de betrouwbaarheid en de toepasbaarheid in de praktijk van belang.

Betrouwbaarheid of reproduceerbaarheid (Engelse termen: 'reliability' of 'precision') duidt op de mate waarin een herhaalde meting van een stabiel fenomeen door verschillende instrumenten en beoordelaars op verschillende tijdstippen hetzelfde resultaat geven.

Betrouwbaarheid heeft twee kenmerken:

- 1 de intra- en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid; de variatie binnen één persoon (bijv. bij verschillende metingen) respectievelijk tussen meerdere beoordelende individuen;
- 2 de test- en hertestbetrouwbaarheid; variatie tussen herhaalde metingen in de tijd bij hetzelfde individu.

De bruikbaarheid (Engelse term: 'feasibility') duidt op het gemak van een test in de dagelijkse praktijk. Van belang zijn de beschikbaarheid van

Tabel 7.2 Methoden voor dataverzameling ten behoeve van kwalitatieve analyses.

Methoden	Subtypen	Kenmerken
Interviews	Open	Doorvragen; inzichten
	(Semi)gestructureerd	Vragenlijst
Gestructureerde groepsprocessen	Focusgroepinterviews	Reflectie over oorzaken probleem
	Nominale groepstechniek	Bediscussiëren en prioriteren thema's
	Delphi-methode	Consensus bereiken over resultaten vragenlijst
	Concept mapping	Statistische analyse van groepsdiscussie over verklaringen
Observaties	Participerend, niet-participerend	Gadeslaan en registreren
Documentanalyses	Triggerpoint-analyse	Achterhalen van incidenten
Procesanalyses		Beschrijven en analyseren van processen
	Root cause-analyses	Oorzaak incident
	Process mapping	Analyse doelmatigheid zorgproces
	Health Failure Mode and Effect Analyses	Analyse risico's in zorgproces

doorvragen ('Wat bedoelt u?') en reageren op non-verbale reacties ('Verbaast u dit?'). Hierbij wordt gezocht naar concepten en verklaringen die volgens de geïnterviewde een rol spelen.

Oorzaken van nachtelijke incidenten en complicaties

Uit kwantitatief onderzoek blijkt dat er 's nachts in ziekenhuizen meer incidenten en complicaties voorkomen. Bij de analyse worden individuele arts-assistenten geïnterviewd.

Een vraag is bijvoorbeeld:

'Waarom belt u de achterwacht niet bij een ingewikkelde patiënt als u er zelf niet uitkomt?'

'Nou, dat hebben ze niet graag.'

'Hoezo?'

'Ze hebben natuurlijk ook behoefte aan rust.'

'Later beoordelen ze je ook.'

De concepten, de zogenaamde codes, die de interviewer in de kantlijn van het uitgeschreven gesprek zet, zijn: 'overbelasting' en 'machts- en afhankelijkheidsrelatie'.

De gesprekken worden opgenomen en na afloop letterlijk uitgetypt en geanalyseerd door er 'codes' (sleutelwoorden die aangeven waar de tekst over gaat) bij te plaatsen die de betreffende passage representeren. Vervolgens worden de tekstfragmenten die horen bij een bepaalde code bij elkaar gezet en verfijnd doordat de onderzoeker zich afvraagt: wat betekent dit? Software als ATLAS en Kwalitan helpt bij de analyses door tekstfragmenten die horen bij een bepaalde code te selecteren.

Vanwege de tijdsintensiviteit van individuele 'face-to-face'-interviews – naast het arrangeren en houden van het interview kost het uittypen en bewerken van een 1 uur durend interview ongeveer 8 uur – wordt gezocht naar snellere vormen van het achterhalen van meningen, zoals met behulp van chatsites.

Semigestructureerde interviews

Bij semigestructureerde interviews vormen de door de onderzoeker vooraf bepaalde gespreks-onderwerpen de leidraad voor het interview. De interviewer probeert achter de gedachten bij de diverse topics te komen. Anders dan bij open in-

interviews krijgt de interviewer hierbij een veel beter idee welke kant het op gaat en is het onderwerp al goed onderzocht.

Vanwege tijdsoverwegingen wordt vaak voor telefonische interviews gekozen.

Gestructureerde groepsprocessen

Bij een gestructureerd groepsproces wordt geprobeerd kennis en meningen van individuen in groepsverband duidelijk te krijgen, te synthetiseren en te kwantificeren als de kennis in de literatuur onvoldoende is. Hierbij wordt gebruikgemaakt van experts die kennis uitwisselen en tot consensus proberen te komen. Voorkomen dient te worden dat dominante persoonlijkheden en hun belangen de resultaten vertekenen. De bekendste methoden zijn de focusgroepinterviews, de nominale groepstechniek, het Delphi-onderzoek en concept mapping.

Focusgroepinterviews

Focusgroepinterviews zijn bijeenkomsten van meestal zes tot tien ervaringsdeskundigen die gedachten aanleveren over een bepaald onderwerp door groepsreflectie. Focusgroepinterviews leveren vaak creatieve oplossingen voor problemen op.

De nominale groepstechniek

Bij de nominale groepstechniek identificeren experts thema's en rangschikken en bediscussiëren deze. In de tweede panelronde worden de thema's geprioriteerd en herschikt. De groepsdiscussie wordt strikt door de discussieleider aangestuurd.

Delphi-methode

De Delphi-methode gebruikt elementen van de nominale groepstechniek. Doel is om iets te voorspellen (zoals het orakel dat ook deed), terwijl de deelnemers anoniem blijven. Het onderzoeksteam raadpleegt iedere deelnemer met een vragenlijst en koppelt de analyse terug met afzetting van de eigen mening tegen die van de andere deelnemers en doet dit net zo vaak tot er consensus is bereikt of geen reactie meer volgt.

Een voorbeeld van een combinatie tussen het Delphi-onderzoek en de nominale groepstechniek is de zogenaamde RAND Modified Delphi procedure om indicatoren te ontwikkelen (zie hoofdstuk 6).

Concept mapping

Bij concept mapping probeert men een complex probleem (bijvoorbeeld culturele belemmeringen voor een goede overdracht bij ontslag uit het ziekenhuis) nader te duiden. Begonnen wordt met een groepsdiscussie waarin deskundigen brainstormen over mogelijke verklaringen (de concepten) en deze rangschikken. Vervolgens worden met behulp van kwantitatieve multivariate analyses de verkregen concepten geclusterd (wat hoort bij elkaar en welke relaties zijn er tussen de concepten?).

Observaties

Observaties geven zicht op hoe het er in de situatie van alledag daadwerkelijk aan toegaat, door het zorgvuldig en systematisch gadeslaan en registreren van praktijksituaties, bijvoorbeeld de visite op een klinische afdeling. Het hangt van de onderzoeksvraag af op welk aspect de observatie zich richt (bijvoorbeeld de communicatie tussen de medisch specialist en de hoofdverpleegkundige).

De onderzoeker kan als buitenstaander (niet-participerende observatie) of als deelnemer (geeft extra inzicht in rollen) bijdragen aan de werkzaamheden. Het kan voor de onderzochten wel (kan gedrag beïnvloeden) of niet (wordt door sommigen als moreel laakbaar beschouwd) bekend zijn dat zij onderzocht worden. De onderzoeker werkt direct na de observaties zijn veldnotities (beschrijvingen en interpretaties) uit in een gestructureerd verslag. Niet-participerende observatie kan ook plaatsvinden door video-opnames te maken. Voor een uitvoerige beschrijving van kwalitatief onderzoek wordt verwezen naar het handboek van Boeije.^[3]

Documentanalyses

Om inzicht te verkrijgen in het handelen en eventuele beweegredenen zijn dossieranalyses van belang. Een voorbeeld van dossieranalyse is de triggerpoint-analyse. Op grond van een 'trigger' (zie hoofdstuk 5) blijkt er vaak een hoge kans op problemen in het zorgproces en op basis daarvan kan het zinvol zijn een deskundige en getrainde clinicus de dossiers te laten beoordelen op (vermijdbare) oorzaken. Zo is het gebruik van vitamine K vaak geassocieerd met bloedingsrisico's door overdosering van anticoagulantia. Bij ana-

lyse kan dan bijvoorbeeld blijken dat dit middel te kort voor een ingreep is gestaakt.

Gemengde methoden (kwalitatief en kwantitatief): vragenlijsten

Met behulp van een vragenlijst met gesloten vragen kunnen de bevindingen van de kwalitatieve probleemanalyse voorgelegd worden aan een grotere groep, de zogenaamde triangulatie. Bij het gebruik van vragenlijsten voor triangulatie zijn de concepten bekend en probeert men de meningen over de concepten te kwantificeren; van ja/nee tot meerkeuzevragen of een beoordeling geven op een schaal. Belangrijk is de respons en de representativiteit van de respondenten. Feitelijke kenmerken (leeftijd etc.) en subjectieve zaken als ervaringen (beperkingen, functioneren, tevredenheid, kwaliteit van leven) worden bevestigd.

Procesanalyses

Procesanalyses beschrijven gedetailleerd opeenvolgende gebeurtenissen.^[4] Vastgelegd wordt wie wat wanneer en op welke wijze deed. Procesanalyses zijn belangrijk bij het beschrijven en analyseren van de werkelijke zorg, maar kunnen ook toegepast worden bij de evaluatie van een implementatie- of een verbeterstrategie. Daarbij analyseert men de blootstelling aan de interventie (bijvoorbeeld de aanwezigheid tijdens een training bij een educatieve interventie) en de ervaringen van de participanten (was de interventie uitvoerbaar en haalbaar, wat ging (niet) goed en waarom?). Als blijkt dat een aantal zorgverleners het trainingsprogramma niet of maar gedeeltelijk gevolgd heeft, wordt de interventie gedeeltelijk, niet of anders dan bedoeld toegepast. Op deze wijze draagt de procesevaluatie in belangrijke mate bij tot het begrijpen van de (in)effectiviteit van de interventie en de ervaringen van de participanten bieden aanknopingspunten voor het bijstellen ervan.

Een aantal bijzondere vormen van procesanalyse, zoals PRISMA en procesherontwerp (process redesign) en Health Failure Mode and Effect Analyses (HFMEA) ofwel SAFER worden in hoofdstuk 4 en 5 besproken.

Bij PRISMA probeert men met behulp van dossieranalyse, interviews en werkplekbezoek de oorzaken van een incident te achterhalen.

Bij process mapping wordt deskundigen ge-

vraagd een zorgproces (bijvoorbeeld patiënten met een vlek op de thoraxfoto met verdenking op longcarcinoom) te ordenen. En vervolgens om de activiteiten in de verschillende stappen (wie doet wat, waar en wanneer?) met de volumina (het aantal patiënten per stap per tijdseenheid) en doorlooptijden te beschrijven. Vervolgens worden de volgorde in en de logica en doelmatigheid van iedere stap besproken. Ook worden vraag en aanbod op elkaar afgestemd. Process mapping leidt vaak tot een herordening van het proces ('process redesign'), waardoor het efficiënter zal verlopen.

Bij SAFER worden per stap de risico's van een proces in kaart gebracht en bekeken hoe men deze risico's zoveel mogelijk kan reduceren.

7.3 Wetenschappelijk onderzoek naar verbeterstrategieën

7.3.1 AARD VAN DE TE ONDERZOEKEN KWALITEITSVERBETERSTRATEGIE

Hoewel kwaliteitsverbetering een populair onderwerp betreft, is er nog weinig gedegen wetenschappelijk onderzoek verricht dat aangeeft welke aanpak de beste is. Er is dus grote behoefte aan aanvullend onderzoek. Bij het opzetten en uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek naar kwaliteitsverbetering moet met een aantal zaken rekening worden gehouden.

Interventie en implementatie

De interventie is de verandering die men wil werkstelligen en evalueren. In het interventieplan, bijvoorbeeld een klinische praktijkrichtlijn, of een veiligheidsmaatregel zoals een checklist voor perioperatieve veiligheid, hoort beschreven te staan wie wat op welke wijze en op welk tijdstip doet.

Omdat het een verandering betreft en bekend is dat veel veranderingen maar moeizaam totstandkomen, is het belangrijk dat er ook activiteiten ontplooid worden die de verandering ondersteunen. Deze activiteiten die de verandering ondersteunen noemt men de implementatie. De implementatie ondersteunt de veranderactiviteiten in de dagelijkse praktijk; het helpt bij het omzeilen van barrières en maakt gebruik van stimulerende factoren.

Zo kan men de perioperatieve veiligheid ver-

groten door voor de operatie met een checklist te beoordelen of alle maatregelen genomen zijn om de operatie zo veilig mogelijk uit te voeren (juiste patiënt, juiste lichaamszijde voor operatie, juiste bloed, etc.). Deze checklist is de veiligheidsbevorderende interventie. Echter, het doornemen van zo'n checklist kost tijd en dat kan bij gehaaste operateurs weerstand oproepen. Als de operateur weet dat het gebruik van de checklist de operationele mortaliteit halveert, motiveert dat hem om de checklist te gebruiken. Een kennisbevorderende maatregel als scholing kan worden ingezet als implementatiestrategie. Deze strategie is van belang om de gewenste gedragsverandering te ondersteunen, te verspreiden en op termijn te bestendigen.

Voor een uitvoerige bespreking van kwaliteitsverbeterinterventies en implementatiestrategieën verwijzen wij naar hoofdstuk 6. In dit hoofdstuk gaan we verder in op het wetenschappelijk onderzoek naar verbeter- en implementatiestrategieën. Eerst worden een aantal kenmerken van verbeteronderzoek in twee lagen van de gezondheidszorgpiramide besproken: kleinschalige verbeterprojecten in praktijken en grootschalige verbeterprojecten op (landelijk) systeemniveau. Vervolgens wordt een aantal onderzoeksdesigns met hun voor- en nadelen besproken.

Kleinschalige verbeterprojecten

Indien men een verbetering wil uitvoeren in een huisartsenpraktijk of op een ziekenhuisafdeling, is er sprake van een kleinschalig project. Een projectmatige aanpak met concreet te bereiken doelen en (resultaat)metingen voldoet vaak. De locale omstandigheden (cultuur, organisatie) en kenmerken van het veranderteam zijn belangrijk. Wil men de verbetering in regionale huisartsenpraktijken of in meerdere ziekenhuizen uitvoeren, dan is er sprake van een grootschaligere interventie.

Systeeminterventies

Veel landen introduceren grootschalige programma's (bijvoorbeeld 'Sneller Beter', klinische paden of veiligheidsmanagementsystemen) om de kwaliteit en veiligheid van zorg te verbeteren. In Nederland zijn op basis van de Kwaliteitswet uit 1996 bijvoorbeeld accreditatie- en certificeringsprogramma's opgezet. Vanaf 2003 is door de Inspectie voor de Gezondheidszorg een andere vorm

van gefaseerd toezicht van zorginstellingen opgezet, waarbij men op grond van prestatie-indicatoren (zie hoofdstuk 6) snel inzicht wil verkrijgen of er verdiepend onderzoek naar onveiligheid gehouden moet worden. Vrijemarktprincipes worden geïntroduceerd om de kwaliteit te verhogen en de kosten in de hand te houden.

Er is echter maar weinig wetenschappelijk bewijs dat deze grootschalige programma's werken. Het is moeilijk de effecten ervan te onderzoeken. De hoogst haalbare vorm is vaak een voor- en nameting. Het is bij deze complexe langdurende sociale interventies in een snel veranderend gezondheidszorgsysteem moeilijk causaliteit aannemelijk te maken. Daarom blijft het vaak bij beschrijvende studies en dwarsdoorsnedeonderzoek. Toch is dit onderzoek zinvol: het laat zien of de beoogde resultaten zijn behaald en tegen welke kosten en het kan aantonen welke succes- en faalfactoren van belang waren.

Voor een uitvoerige beschrijving van systeeminterventies wordt verwezen naar het leerboek van Plochg e.a.^[5]

7.3.2 ONDERZOEKSOPZETTEN

Er is een aantal typen onderzoeksopzetten te onderscheiden met een opklimmende vorm van waarheidsduiding (zie tabel 7.3).

Experimenteel onderzoek

Niet gerandomiseerd Het eenvoudigste design is het ongecontroleerde longitudinale follow-uponderzoek met voor- en nametingen. Vaak wordt Statistical Process Control (SPC) gebruikt om de significantie van een verandering aannemelijk te maken. Indien het gemiddelde van een procesmaat in de tijd met meer dan twee- of driemaal de standaarddeviatie (SD) verandert, kan met redelijke mate van betrouwbaarheid worden aangenomen dat een verbetering ook echt een verbetering is.

Voor externe invloeden kan tot op zekere hoogte worden gecorrigeerd door gebruik te maken van een zogenaamde tijdserieanalyse ('time series analyses'; TSA). Hierbij worden vele metingen verricht, omdat men voor spontane veranderingen in de tijd (trends) wil corrigeren, door bijvoorbeeld driemaal tijdens de basissituatie en zevenmaal na de interventie te meten.

Een cross-sectioneel vergelijk na interventies is

Tabel 7.3 De diverse designs bij kwaliteitsverbeteronderzoek.

Procesevaluatie	Is de uitrol van de implementatiestrategie gelukt?
Experimenteel onderzoek met diverse designs	Niet gerandomiseerd: <ul style="list-style-type: none"> - voor-/nameting - gecontroleerde voor-/nameting (CBA: 'controlled before after') - 'time series analyses' (TSA)
	Gerandomiseerd: <ul style="list-style-type: none"> - stepped wedge design (SWD) - cluster randomized controlled trial (cluster-RCT) - randomized controlled trial
Combinerende studies	Systematische reviews
	Meta-reviews
	Meta-analyses

onbetrouwbaar vanwege de vele mogelijke verschillen tussen de interventie- en controlepraktijken. Daarom wordt vaak gekozen voor de zogenaamde case controlled studies. Zo'n onderzoek is gericht op het vergelijken van aan interventie blootgestelde individuen met niet-blootgestelden uit een 'random sample'. Hierbij wordt geprobeerd een zo goed mogelijke overeenkomst ('matching') met de interventiepopulatie te verkrijgen. Echter, er zijn vaak verborgen of onbekende variabelen die zorgen voor vertekening.

Gerandomiseerd Het gecontroleerde design betreft een voor- en een nameting met gebruik van een controlegroep. Bij een gecontroleerd design wordt gecorrigeerd voor natuurlijk beloop en externe invloeden. Randomisatie en blinding zijn belangrijk om vertekening zoveel mogelijk te voorkomen.

Het effect van een interventie wordt bepaald door een vergelijking te maken met een door het lot bepaalde controlegroep die niet werd blootgesteld aan de interventie of die een andere interventie kreeg aangeboden. Een niet te beïnvloeden vorm van loting is de beste manier om te verzekeren dat bepaalde, het effect beïnvloedende factoren gelijk verdeeld zijn over de interventie- en de controlegroep. Het gaat om bekende en nog onbekende factoren ('confounders') die invloed kunnen hebben op het resultaat van een interventie. Door te randomiseren, kunnen verschillen tussen de groepen met meer zekerheid toege-

schreven worden aan de interventie in plaats van aan andere factoren. Door gebrek aan kennis over mogelijke confounders die zijn gerelateerd aan organisatorische kenmerken of het handelen van professionals, is het bijzonder moeilijk om hiervoor te corrigeren in studies met een niet-gerandomiseerde opzet.

Hoewel het mogelijk is individuele patiënten te randomiseren, is dit bij onderzoek naar kwaliteitsverbetering niet altijd ideaal.^[6] Als de werkwijze die wordt toegepast in de controlegroep wordt beïnvloed door de ervaring van de organisatie of de professional met de toepassing in de experimentele groep, bestaat er een groot risico op contaminatie; dat wil zeggen dat andere factoren dan de interventie de uitkomst bepalen.

Wanneer contaminatie dreigt, moet de onderzoeker overwegen om de organisatie-eenheden of professionals te randomiseren in plaats van individuele patiënten. Dergelijke studies, waarin wordt gerandomiseerd op organisatie- of professionaal niveau terwijl gegevens worden verzameld op patiëntniveau, staan bekend als clustergerandomiseerd of cluster-RCT.

Voor een uitgebreide bespreking van de RCT verwijzen wij naar het leerboek *Epidemiologisch onderzoek* van Bouter e.a.^[7] De cluster-RCT en het stepped wedge design (SWD) worden hierna uitvoeriger besproken.

De cluster-RCT

Bij een cluster-RCT wordt dus op het niveau van groepen zorgverleners, praktijken of zorginstel-

lingen gerandomiseerd. Een bijzonder probleem daarbij is de powercalculatie: de berekening van studiegrootte.

Het aantal benodigde interventie-eenheden om een betrouwbaar verschil tussen twee populaties aan te tonen, wordt bepaald met deze zogenaamde powercalculatie. Een fundamentele aanname in de statistische analyse van patiëntgerandomiseerde studies is dat de uitkomst voor iedere individuele patiënt totaal onafhankelijk is van de uitkomst voor iedere willekeurige andere patiënt. Deze aanname wordt geschonden bij de cluster-RCT, omdat twee patiënten binnen een cluster meer kans hebben om op dezelfde manier te reageren dan twee patiënten uit verschillende clusters. Een voorbeeld hiervan is dat het beleid bij patiënten uit één ziekenhuis meer op elkaar zal lijken dan het beleid bij patiënten uit verschillende ziekenhuizen. De directe consequentie is dat een cluster-RCT een lagere statistische power heeft dan een patiëntgerandomiseerde studie.

De groepsgroottes voor cluster-RCT's moeten dus worden verhoogd met een bepaalde inflatiefactor om te corrigeren voor de clusteringeffecten: de zogenaamde intraclusterrelatiecoëfficiënt (ICC). De ICC is gebaseerd op de relatie tussen de variatie binnen een cluster ten opzichte van de totale variatie tussen clusters. Op basis van ervaring is bekend dat ICC's voor het meten van het zorgproces doorgaans hoger uitvallen dan ICC's voor het meten van patiëntgerelateerde uitkomsten. Ook vallen ICC's in specialistische settings doorgaans hoger uit dan ICC's voor vergelijkbare metingen in de eerstelijnszorg.^[8]

Het stepped wedge design (SWD)

Het SWD is een gecontroleerd vergelijkend design met een gerandomiseerde getrapte interventie met multi-pele, vooraf vastgestelde metingen.^[9] De randomisatie betreft het tijdstip en de volgorde waarop per cluster de interventie wordt uitgevoerd. Het tijdstip van de achtereenvolgende interventies en de metingen lopen parallel. Aan het einde van de studie hebben alle individuen of clusters de interventie ondergaan.

Het SWD heeft een aantal voordelen, zowel op ethisch, praktisch als methodologisch gebied.

Vooraf als er sterke aanwijzingen zijn dat een interventie de onveiligheid sterk kan reduceren, beperkt dit design het langer voortzetten van een mogelijk onveilige praktijk.

Een methodologisch voordeel van het SWD is dat ieder cluster zijn eigen controle vormt. Dit reduceert de invloed van factoren uit de omgeving en kenmerken van zorgverleners. Voor het effect van tijd zoals systeeminvloeden en spontane fluctuaties kan door vaker te meten worden gecorrigeerd met een trendanalyse.

Ten slotte beschikt ieder centrum over voor- en nametingsdata, zodat ten minste het gevoel bestaat dat men zelf kan zien of er verbetering is opgetreden. Omdat er nog beperkte ervaring is met dit design, zijn nog niet alle voor- en nadelen bekend.

Randomisatie en het voorkomen van vertekening

Kwaliteitsverbeteronderzoek is zeer gevoelig voor vertekening. De factoren die hiervoor het meest verantwoordelijk zijn, zoals de controlesituatie, randomisatie en blinding, worden hierna uitvoeriger besproken, waarbij de specifieke problemen nader worden toegelicht.

Problemen met de controlesituatie

De controlesituatie is meestal de 'usual care', dat wil zeggen de zorg zoals die gewoonlijk geleverd wordt. In tegenstelling tot placebogecontroleerd onderzoek, waarvan wordt aangenomen dat dit geen biologisch effect heeft, beïnvloedt usual care wel de kwaliteit en veiligheid van zorg. Usual care wordt vaak beïnvloed door externe factoren die niet constant zijn, bijvoorbeeld veranderingen in de wetgeving of betalingsstructuur. Bovendien varieert usual care in de tijd en tussen praktijken en zorgverleners en daarmee variëren de uitkomstmaten.

Problemen met de randomisatie

Zoals reeds gesteld, is randomisatie op patiëntniveau vaak ongewenst. De zorgverlener, diens praktijk of onderdelen van het zorgsysteem zijn immers meestal het onderwerp van interventie. Om verstoringe variabelen gelijk te verdelen over de interventie- en de usual care-groep, moeten zorgverleners of praktijken worden gerandomiseerd over beide groepen. Omdat het bij complexe interventies bijna niet te voorkomen is dat verstoringe variabelen ongelijk verdeeld zijn, worden deze vaak meegenomen in een zogenaamde multivariate analyse. Op zijn minst moeten de mogelijk beïnvloedende factoren basaal met

elkaar vergeleken worden en in balans zijn tussen de twee groepen.

Soms is het onmogelijk om de interventie op individueel niveau uit te voeren. Men kan niet van een zorgverlener verwachten dat hij bij patiënt A de interventie en bij patiënt B usual care verleent. Omdat een zorgverlener meestal intensief met collega's samenwerkt in een praktijk, maatschap of zorginstelling en het onmogelijk lijkt dat men elkaars werkwijze niet zou waarnemen en overnemen, vindt de randomisatie vaak plaats op praktijkniveau, zoals in een cluster-RCT.

Problemen met de blinding

Blinding van patiënt, zorgverleners, dataverzamelaars en statistici is belangrijk, maar in het geval van zorgverleners meestal onmogelijk. Voor zorgverleners is het immers evident dat zij hun wijze van praktijkvoering wel (interventiegroep) of niet (usual care) veranderen. Hoewel randomisatie vaak op praktijkniveau geschiedt, is meestal snel (zeker in kleine landen zoals Nederland) in professionele kringen bekend hoe in een andere praktijk of ziekenhuis de werkwijze is veranderd. Dat maakt de kans groot dat in de controlegroep ook delen van de interventie worden overgenomen; in dat geval is er sprake van contaminatiebias. Men wil immers niet onderdoen voor de collega's! De invloed van contaminatiebias is groter wanneer subjectieve beoordelingen als uitkomstmaat worden gebruikt en nog groter wanneer bekend is dat in de controlesituatie de onveiligheid is toegenomen. Mensen schatten dan de situatie negatiever in dan dat zij zouden doen zonder deze informatie; dan is er sprake van 'hindsight bias'.

Het blinderen van datamanagers en -statistici is nodig. Enerzijds om al dan niet bewuste fraude te voorkomen die kan voortkomen uit het feit dat onderzoeksgroepen baat hebben bij positieve resultaten, anderzijds omdat men data uit interventiegroepen onbewust positiever scoort dan die uit controlegroepen.

Al deze genoemde factoren kunnen leiden tot vertekening of bias waardoor de interne validiteit van een onderzoek wordt ondermijnd.

Hierarchie in onderzoeksdesigns

Er is een hiërarchie van designs: gecontroleerd onderzoek en onderzoek met randomisatie en blinding wordt betrouwbaarder geacht dan ongecontroleerd en niet-gerandomiseerd of niet-geblindeerd onderzoek. Niet-gecontroleerd onderzoek laat ook vaak te rooskleurige effecten zien.

In het algemeen worden onderzoeksresultaten uit gerandomiseerde gecontroleerde dubbelblinde trials (randomized controlled trials met randomisatie op het niveau van de individuele patiënt of de zorgverlener) als de hoogste vorm van wetenschappelijke waarheid beschouwd, met de minste kans op vertekening.

Combinerend onderzoek (zie ook hoofdstuk 2)

Voor het achterhalen van generieke effectieve implementatiestrategieën kan men onderzoek dat al heeft plaatsgevonden combineren. Vormen van gecombineerde designs zijn 'systematische reviews' (SR) en meta-analyses. De Schotse statisticus Archie Cochrane ('founding father' van de 'evidence-based-medicine' beweging) pleitte er sterk voor om bij klinische vraagstellingen al het tot op dat moment uitgevoerde kwalitatief goede onderzoek te betrekken. In zo'n review wordt geprobeerd een vraag uit de gezondheidszorg te beantwoorden door alle literatuur die over die vraag gaat systematisch te verzamelen. Hierbij wordt gebruikgemaakt van zoektermen waarmee men uit relevante literatuurbanken de studies selecteert. Deze studies worden dan gescreend op relevantie en onderzoekskwaliteit. De resultaten worden uit deze artikelen gehaald en er wordt geprobeerd een algemene conclusie te trekken. Indien de data uit de diverse studies op eenzelfde wijze verkregen en geanalyseerd zijn en bewerkt kunnen worden tot één effectmaat, noemt men dit meta-analyses.

Systematische literatuurstudies zijn te vinden in de Cochrane Library (www.thecochranelibrary.com) en, als het effecten van implementatiestrategieën betreft, op de website van de EPOC (Effective Practice and Organisation of Care).

Voor een uitvoerige beschrijving van de methoden om systematische literatuurstudies te

verrichten en hoe deze in te bouwen in 'evidence-based' richtlijnen wordt verwezen naar hoofdstuk 2.

Overige vormen van kwaliteitsverbeteronderzoek

Onderzoek uit andere sectoren Het kwaliteitsverbeteronderzoek kan ook afkomstig zijn uit andere sectoren dan de gezondheidszorg. Zo maakt kwaliteitsverbeteronderzoek vaak gebruik van resultaten uit de industrie, en veiligheidsonderzoek van modellen uit hoogrisico-industrieën (kerncentrales, onderzeeërs, petrochemische industrie). Centraal staat dan de externe valideringsvraag: zijn gegevens uit andere sectoren van toepassing in de gezondheidszorg?

De externe valideringsvraag speelt overigens altijd bij kwaliteitsverbeteronderzoek: zijn studie-uitkomsten te veralgemeniseren naar andere contexten? Multicentrumstudies uitgevoerd in verschillende landen, die – indien elders herhaald – ook positieve uitkomsten lieten zien, hebben een hogere externe validiteit dan kleine 'single centre'-studies.

Kostenberekeningen Kwaliteitsverbeterinterventies kosten geld en leveren soms directe (kortere opnameduur, minder heropnames, minder duplo-diagnostiek) of indirecte (minder herstel-schade) financiële winst op. Door de bekostigingsstructuur van de Nederlandse gezondheidszorg (zie hoofdstuk 4) komt de winst- of verliesrekening niet altijd bij de juiste personen of instellingen terecht.

Naast de financiële consequenties voor de zorg zelf kan er sprake zijn van kosten voor de maatschappij. Denk bijvoorbeeld aan verliezen door invaliditeitsuitkeringen of werkverzuim. Voor een uitvoerige beschrijving van kostenanalyses wordt verwezen naar een nationaal rapport met richtlijnen voor kosteneffectiviteitsanalyses.^[1]

Het unieke van kwaliteitsverbeteronderzoek

Bijzonder aan kwaliteitsverbeterstrategieën is dat zij vooral gericht zijn op zorgverlener(s), praktijken en onderdelen van het zorgsysteem (zie de gezondheidszorgpiramide uit hoofdstuk 1).^[10] Het onderwerp van de interventie is dus

meestal niet de patiënt (zoals bij geneesmiddelenonderzoek).

Kwaliteitsverbeterstrategieën zijn vaak multicomponentinterventies (en niet één biochemische interventie met een pil zoals bij de geneesmiddeleninterventies). De interventie bestaat dus uit meerdere onderdelen. Omdat het meestal gedragsinterventies bij zorgverleners betreft, komt de inhoud van de interventie niet uit de biologie, maar bijvoorbeeld uit de psychologie, sociologie, antropologie en managementwetenschappen.

Tevens betreft het multitargetinterventies die vaak – liefst synergistisch – aangrijpen op verschillende niveaus (macro, meso, micro) in de gezondheidszorgpiramide.

De kenmerken van het systeem, van praktijk of team, van patiënt en zorgverleners en van de interventie bepalen de uitkomst.

De uitkomsten kunnen op allerlei niveaus (micro, meso, macro) en vanuit allerlei invalshoeken (mortaliteit, functionaliteit, ervaringen, kwaliteit van leven, tevredenheid) gemeten worden met psychometrisch valide (meet)instrumenten en indicatoren die nauw op de interventies aansluiten.

De interventie is niet constant van aard: zowel de blootstelling eraan als de inhoud wisselt. De inhoud wordt namelijk per zorgverlener anders ingevuld en de interventie evolueert vaak in de tijd op basis van de ervaringen ermee.

Een bijzondere eis aan dit type onderzoek is dat de interventie zo nauwkeurig mogelijk wordt omschreven en dat tijdens en na het onderzoek precies gekeken wordt hoe de interventie is uitgevoerd; dan is er sprake van een procesanalyse (zie eerder).

Kwaliteitsverbeterstrategieën vinden plaats in 'real life'. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld geneesmiddelenonderzoek. Dat wordt vaak uitgevoerd door zeer ervaren dokters in universitaire centra. Tijdens het onderzoek wordt geprobeerd de onderzoeksomgeving en de patiënt zo constant mogelijk te houden. Daarom is er een exact omschreven onderzoeksprotocol en zijn er uitgebreide in- en exclusiecriteria. De consequentie kan zijn dat in de dagelijkse praktijk de werking van een dergelijk middel minder is dan onder gestandaardiseerde condities.

De relatie tussen de interventie en het effect is delicaat. Men kan immers niet verwachten dat bijvoorbeeld het beter volgen van

7

een richtlijn door de arts de tevredenheid bij zijn patiënten doet toenemen.

Bijzondere kenmerken van experimenteel onderzoek naar kwaliteitsverbetering

- zorgverlener of systeem in plaats van patiënt is meestal onderwerp van de interventie
- multicomponent- (de interventie bestaat uit meerdere onderdelen) en multitargetinterventie (op verschillende niveaus: micro-, meso- en macroniveau)
- wisselende intensiteit van blootstelling en wisselende inhoud van interventie (anders per zorgverlener met evolutie in de tijd)

- delicate relatie tussen interventie en effect
- controlesituatie is meestal 'usual care' (ook wisselend en niet constant) met veel externe invloeden (gezondheidszorgsysteem, lokale situatie en cultuur, determinanten)
- vereist ingewikkelde randomisatieprocedure met vaak problematische blinding
- problematische generaliseerbaarheidsvraag: effect van interventie is afhankelijk van systeem, cultuur en kenmerken van praktijk, zorgverlener en patiënt
- aandacht voor implementatie, verspreiding en voortduren effect

Kernpunten

- Aan de basis van kwaliteitsverbetering staat het valide en betrouwbaar meten van de kwaliteit en veiligheid in de patiëntenzorg. Meten en analyseren kan problemen in de zorg identificeren en de oorzaken ervan verklaren.
- Meetinstrumenten moeten voldoen aan strikte psychometrische kenmerken van validiteit, betrouwbaarheid en toepasbaarheid.
- Bij het analyseren van de oorzaken van suboptimale kwaliteit is een kwalitatieve aanpak om achter de oorzaken te komen meestal noodzakelijk.
- Op grond van de oorzaken, ervaringen en literatuurgegevens kan een verbeterstrategie worden geformuleerd.
- Men kan een gefundeerd idee krijgen over de effecten van verbeterinterventies door gebruik te maken van gecombineerd onderzoek. Bij systematische reviews wordt op een gestructureerde wijze de bestaande literatuur rond een interventie- of implementatiestrategie samengebracht.
- Verbeterstrategieën zijn meestal multicomponentinterventies, vaak opgebouwd uit psychosociale, management- en economische componenten en idealiter zowel gericht op het macro-, meso- en microniveau van de gezondheidszorgpiramide.
- Bij het wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van verbeterstrategieën wordt gebruikgemaakt van diverse onderzoeksopzetten, van eenvoudige voor- en nametingen tot diverse typen van randomized controlled trials.
- De cluster-RCT en het stepped wedge design zijn voorbeelden van onderzoeksopzetten die toegesneden lijken op kwaliteitsverbeteronderzoek.

Literatuur

- 1 Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q* 2005;83:691-729.
- 2 Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001;358:483-8.
- 3 Boeije H. Analyseren in kwalitatief onderzoek. *Denken en doen*. Amsterdam: Boom, 2005.
- 4 Hulscher M, Laurant M, Grol R. Process evaluation of quality improvement interventions. In: Grol R, Baker R, Moss F (redactie). *Quality improvement research*. London: BMJ Publishing Group, 2004;165-83.
- 5 Plochg T, Juttmann RE, Klazinga NS, Mackenbach JP (redactie). *Handboek gezondheidszorgonderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007.
- 6 Eccles M, Grimshaw JM, Campbell MK, Ramsay CR. *Research designs for studies evaluating the effect-*

- veness of change and improvement strategies. *Qual Saf Health Care* 2003;12:47-52.
- 7 Bouter LM, Dongen MCJM van, Zielhuis GA. Epidemiologisch onderzoek. Opzet en interpretatie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.
 - 8 Campbell MK, Fayers PM, Grimshaw JM. Determinants of the intracluster correlation coefficient in cluster randomized trials: the case of implementation research. *Clin Trials* 2005;2:99-107.
 - 9 Brown C, Lilford R. The stepped wedge design: a systematic review. *BMC Med Res Methodol* 2006;6:54.
 - 10 Davidoff F, Batalden P, Stevens D, Ogrinc G, Mooney S for the SQUIRE Development Group. Publication guidelines for improvement studies in health care: evolution of the SQUIRE Project. *Ann Intern Med* 2008;149: 670-676.
 - 11 Rutten FFH, Grijseels EWM. Richtlijnenprogramma 1997-2002. Deelprogramma IMTA: ontwikkeling richtlijnen op basis van informatie over kosteneffectiviteit. Rapport 02.60. Rotterdam: Instituut voor

Medical Technology Assessment (iMTA), Erasmus Universiteit, 2002.

Websites

- www.thecochranelibrary.com. Beschrijving van systematische literatuurstudies over effecten van interventies in de gezondheidszorg.
- www.epoc.cochrane.org. Website van de Effective Practice and Organisation of Care group; bevat een overzicht van systematische reviews gericht op organisatorische kwaliteitsverbetering en overzichten van voor- en nadelen van diverse studiedesigns.
- www.consort-statement.org. Bevat kwaliteitscriteria voor randomized cluster controlled trials.
- www.annals.org. Bevat kwaliteitscriteria voor systematische reviews en meta-analyses, geformuleerd door de PRISMA-werkgroep (vroeger QUORUM).
- www.strobe-statement.org. Bevat kwaliteitscriteria voor observationele en kwalitatieve studies.

Omgaan met fouten

A. Molendijk en I.P. Leistikow

8

Samenvatting

Ondanks de beste bedoelingen en maximale inzet kunnen zorgverleners toch fouten maken. Indien een dergelijke fout tot schade bij een patiënt leidt, is dat voor alle betrokkenen een dramatische ervaring. Dit hoofdstuk beschrijft een systematische aanpak van een dergelijke situatie. Tijdige, volledige openheid en oprecht excuus aan de patiënt is de eerste stap. Simultaan hieraan dient er aandacht te zijn voor wat het incident voor de hulpverlener betekent. De zorginstelling zal willen leren van het voorval om de kans op herhaling te reduceren. Tot slot wordt beschreven dat een incident ook juridische implicaties kan hebben.

Leerdoelen

Na bestudering van dit hoofdstuk is de lezer in staat:

- te begrijpen dat na een incident de patiënt uiteraard het voornaamste slachtoffer is, maar dat hulpverlener en organisatie ook diep geraakt kunnen zijn;
- te begrijpen dat de eerste hulp bij een incident richting de patiënt moet bestaan uit volledige openheid van zaken en een tijdige en oprechte spijtbetuiging;
- te omschrijven wat de hulpverlener moet doen om de gevolgschade tot het minimum te beperken;
- te begrijpen dat er counseling aan de betrokken hulpverlener(s) moet worden aangeboden, bestaande uit bijstand tijdens het gesprek, briefing en debriefing van het incident en beschrijving hiervan;
- aan te geven dat de organisatie op het voorgaande voorbereid moet zijn middels een gestandaardiseerde werkwijze en de focus moet houden op openheid en leren van het voorval om herhaling te voorkomen;
- de mogelijke juridische implicaties van een incident te beschrijven.

8.1 Inleiding

Gezondheidszorg bevindt zich met de luchtvaart, de chemie en kernenergiecentrales in een bijzonder gezelschap, namelijk dat van sectoren waarin kleine, alledaagse vergissingen tot catastrofale uitkomsten kunnen leiden.

Er zijn twee opmerkelijke verschillen. Ten eerste is het aandeel van mensenwerk in de zorg veel groter dan in de andere sectoren, waar veel handelingen door technische hulpmiddelen zijn vervangen. Ten tweede leidt een zorgverginging meestal tot 'slechts' één slachtoffer, terwijl een vergissing in de andere sectoren eerder grotere aantallen slachtoffers tot gevolg heeft. Dit laatste, in combinatie met het feit dat het nu eenmaal niet ongebruikelijk is dat mensen in ziekenhuizen overlijden, heeft eraan bijgedragen dat het probleem van patiëntveiligheid lange tijd verborgen kon blijven.

Genoemde sectoren buiten de gezondheidszorg zijn al vele jaren geleden wakker geschud door ernstige ongelukken en hebben het veiligheidsonderwerp nadrukkelijk geagendeerd en vormgegeven in veiligheidssystemen. Een belangrijke stap in dit veiligheidsdenken is de acceptatie dat vergissen nu eenmaal menselijk is en dat waar mensen werken het dus onvermijdelijk is dat

vergissingen worden gemaakt. De paradigma-shift van 'wie heeft het gedaan?' naar 'wat ging er mis?', gebruikmakend van 'blamefree reporting'-systemen, is een belangrijk hulpmiddel gebleken in het herkennen en erkennen van risico's en het dichten van gaten in veiligheidsbarrières. Sinds het verschijnen van het rapport 'To err is human' in 1999, dat aandacht vroeg voor de systeembenadering van patiëntveiligheid, zijn deze inzichten ook doorgedrongen tot de zorg.

De basisgedachte van de systeembenadering is dat systemen 'ontworpen' zijn voor de resultaten die ermee worden bereikt. Dit betekent dat als je betere resultaten wilt, je het systeem zult moeten veranderen. Simpelweg vervangen van de zich vergissende mens door een nieuwe medewerker in het bestaande systeem betekent dat vroeg of laat dezelfde vergissing gemaakt zal worden. Beter is je te realiseren dat, voordat een vergissing tot een incident leidt, er al diverse barrières doorbroken zijn die de vergissing tijdig hadden moeten opmerken en corrigeren, en schade hadden kunnen voorkomen. Dit is treffend weergegeven in het door James Reason ontwikkelde Zwitserse kaasmodel (zie hoofdstuk 5).

Aldus beschouwd zou het ontleden van de onbedoelde gebeurtenis tot haar basisoorzaken moeten leiden tot het identificeren van gaten in de barrières, die dan zouden behoren te worden gedicht. Voor een beschrijving van manieren en systemen om te leren van fouten, verwijzen wij naar hoofdstuk 5.

Hoe perfect een systeem ook is ontworpen, mensen zullen fouten blijven maken. Van de professional mag worden verwacht dat hij weet hoe hij met incidenten, fouten en klachten weet om te gaan. De KNMG heeft hierover in 2007 een professioneel standpunt gepubliceerd.^[1]

Samenvatting KNMG-standpunt 2007^[1]

Het is belangrijk dat artsen bereid zijn van incidenten, fouten en klachten te leren.

Van artsen mag het volgende worden verwacht:

- 1 De arts meldt incidenten op de wijze die binnen zijn/haar instelling of samenwerkingsverband gebruikelijk is.
- 2 De arts bespreekt fouten en complicaties uit zichzelf met de patiënt en is daarvoor open en eerlijk.
- 3 De arts bevordert een klimaat waarin patiënten zich vrij voelen klachten te uiten en gaat op een zorgvuldige wijze met klachten om.
- 4 De arts neemt deel aan regelmatige evaluatiegesprekken over zijn/haar individueel functioneren.
- 5 De arts die bemerkt dat een collega schade of risico's voor patiënten veroorzaakt, onderneemt stappen om dit probleem te verhelpen.

Zie ook www.knmg.nl bij KNMG-publicaties.

De focus van dit hoofdstuk ligt op *hoe* om te gaan met fouten. Hierbij wordt achtereenvolgens aandacht besteed aan hoe om te gaan met de patiënt, de betrokken hulpverlener(s) en de rol van de organisatie hierin. Tot slot besteden wij aandacht aan mogelijke juridische gevolgen van een incident in de zorg.

8.2 Hoe omgaan met de patiënt?

In de zorg gaat de aandacht van nature uit naar de patiënt die met een hulpvraag bij de hulpverlener komt. Deze gaat met de beste bedoelingen, gebruikmakend van kennis en kunde, aan de slag om het probleem van de patiënt te diagnosticeren, zo mogelijk een behandeling in te stellen, het effect van deze behandeling te vervolgen en zo nodig de behandeling bij te stellen. De behandeling eindigt als genezing is opgetreden of indien genezing niet meer mogelijk is. Een behandeling kan echter ook langdurig zijn, ter preventie van terugkeer of verergering van de symptomen.

De uiteindelijke uitkomst voor de patiënt wordt echter niet slechts bepaald door kennis en kunde van betrokkenen, maar ook door de wijze waarop het zorgproces is georganiseerd. Dat bepaalt immers bijvoorbeeld of de juiste tests beschikbaar zijn om tot een diagnose te komen, of de logistiek erin voorziet dat antibiotica op de

juiste tijd kunnen worden toegediend, of de roosters voldoende rekening houden met rustmomenten voor de zorgverleners, of er tijd wordt vrijgemaakt om multidisciplinaire verbetertrajecten te ontwikkelen en of de intercollegiale verhoudingen toestaan om elkaar aan te spreken op verstorend gedrag.

Er zijn talloze oorzaken denkbaar waardoor vergissingen kunnen worden gemaakt die tot een verkeerde uitkomst kunnen leiden en die de patiënt onbedoeld fysieke of psychische schade kunnen berokkenen.

Een vergissing met ernstige gevolgen voor de patiënt dient te worden beschouwd als een *medisch noodgeval* en als zodanig te worden aangepakt. Openheid over het voorval is daarbij het belangrijkste medicijn. Lange tijd werd aangenomen dat artsen en andere hulpverleners van hun aansprakelijkheidsverzekeraar niet over fouten mochten praten. Dit is inmiddels achterhaald, zoals ook blijkt uit de in 2010 totstandgekomen Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA).^[4,5] Cruciaal is wel hoe richting de patiënt met een fout wordt omgegaan. In een bijlage bij het eerdergenoemde KNMG-standpunt worden daarover enkele aanbevelingen gedaan (zie kader).^[2]

Aanbevelingen voor het omgaan met fouten in de gezondheidszorg.^[2]

- Neem in het geval van een fout zelf het initiatief en benader de patiënt. Stel dit niet uit, want dan wordt het steeds moeilijker.
- Wees alert op het fenomeen dat na een fout de patiënt en zijn of haar naasten meer aandacht behoeven en niet minder en dat zowel patiënten als hulpverleners in zo'n situatie de neiging hebben juist afstand te creëren.
- Laat zien dat u de verantwoordelijkheid neemt. Geef de fout toe en betuig spijt of maak excuses. Vermijd een afstandelijke houding of een defensieve reactie, maar trek ook niet te snel het boetekleed aan.
- Draai niet om de feiten heen. Geef de patiënt duidelijke informatie en vermijd speculaties. Geef aan of er sprake is van

nader onderzoek en zo ja, op welke termijn daarvan resultaten zijn te verwachten.

- Geef de patiënt de gelegenheid zijn verhaal te doen. Nodig de patiënt uit tot het stellen van vragen en geef hem de toelichting die hij behoeft. Maak duidelijk dat de patiënt desgewenst op een later moment opnieuw vragen kan stellen en informatie kan krijgen, tot wie hij zich dan kan wenden en hoe.
- Laat u niet uit over aansprakelijkheid en schadevergoeding en voorkom dat u op dat punt verkeerde verwachtingen wekt. Verwijs de patiënt desgevraagd naar de persoon of de instantie waar de patiënt een claim kan indienen.
- Maak duidelijk dat er alles aan gedaan zal worden om te voorkomen dat andere patiënten de dupe worden van dezelfde fout.
- Informeer de patiënt nadien over maatregelen die naar aanleiding van de fout zijn getroffen.

Zie ook www.knmg.nl onder KNMG-publicaties.

De eerste zorg van de hulpverlener(s) richting patiënt is te proberen de daadwerkelijke gevolgen voor het welzijn van de patiënt zoveel mogelijk te beperken. Daarbij moet alle beschikbare expertise worden benut. Eventuele toediening van een antidotum, monitoren van vitale functies, zo nodig op een intensive care, dialyse, heroperatie of anderszins ingrijpen, indien geïndiceerd, dienen allemaal te worden overwogen als het ziektebeleg dat nog mogelijk maakt.

Daarna dient, zodra dit enigszins mogelijk is, de patiënt en/of diens familie hierover geïnformeerd te worden, waarbij spijt dient te worden betuigd over de verkeerde afloop en de gemaakte fout. Het is van het allergrootste belang voor de verwerking van alle betrokkenen, patiënt, familie en hulpverlener(s) dat er tijdig en oprecht spijt wordt betuigd.

Het is een utopie om te denken dat de patiënt dan niet boos zal zijn. Boosheid, verdriet of teleurstelling zijn natuurlijke reacties als het basisvertrouwen in de hulpverlener(s) is geschaad. Echter, die boosheid is niets vergeleken met wat er bij patiënten ontstaat als zij het gevoel krijgen niet in alle openheid te zijn ingelicht.

Patiënten kunnen dit als een schoffering ervaren, en als een diskwalificatie van het leed dat hen is aangedaan. Na het maken van de vergissing is de vertrouwensband weliswaar geschaad, maar nog niet verbroken. De patiënt vertrouwt er nog steeds op dat zijn behandelaar hem eerlijk zal inlichten over alles wat er is gebeurd. Pas als ook daarin het vertrouwen wordt geschaad, is de band definitief en onherstelbaar verbroken. Juist dat kan ertoe leiden dat de patiënt besluit een klacht of een claim in te dienen. Dit leidt altijd tot meer leed en niet zelden tot een jarenlange verbeterstrijd die alleen verliezers kent.

Dit alles maakt dat het eerste gesprek over het voorval van cruciaal belang is.^[3] Tijdig overleg met collega's en/of supervisors is aan te raden om met een zo objectief mogelijke blik naar de situatie te kijken. Dit kan bijdragen aan een feitelijke weergave van de gebeurtenissen, zonder te vervallen in aannames over wat er gebeurd zou kunnen zijn. Dit gesprek dient bij voorkeur gevoerd te worden door de meest direct betrokken hulpverlener(s), in een rustige ruimte, niet gestoord door telefoons, waarbij de patiënt wordt bijgestaan door een vertrouwenspersoon. Draai er niet omheen en gebruik begrijpelijke taal. Leg uit wat er bekend is over het voorval, blijf bij de feiten en speculeer niet over wat er gebeurd zou kunnen zijn, betuig spijt en beloof dat het voorval onderzocht zal worden en dat de patiënt op de hoogte wordt gehouden over de voortgang van het onderzoek en de bevindingen. Maak een afspraak op korte termijn voor een vervolgesprek. Essentieel is om geen beloftes te doen die niet kunnen worden waargemaakt. Het niet volledig nakomen van beloftes, zelfs om voor de hulpverleners begrijpelijke redenen, zal bijdragen aan een gevoel van wantrouwen. Naast strikt medische zaken zal de grootste zorg uitgaan naar het instandhouden van de communicatie tussen patiënt en/of familie en betrokken hulpverleners(s). Voor dit doel kan het aanwijzen van een onafhankelijk contactpersoon wenselijk zijn. Soms kan ook een klachtenfunctionaris in een bepaalde fase een nuttige rol vervullen.

Samenvattend is de eerste zorg gericht op herstel c.q. preventie van negatieve gevolgen, direct gevolgd door zo tijdig en volledig mogelijke openheid over het voorval, inclusief een oprechte

spijtbetuiging en de belofte om de patiënt op de hoogte te houden van de uitkomsten van de incidentanalyse.

8.3 Hoe omgaan met de betrokken hulpverlener(s)?

In vergelijking met bijvoorbeeld de luchtvaart, wordt vaak gesuggereerd dat piloten veel gemotiveerder zouden zijn voor werken aan veiligheid omdat zij immers meestal 'als eerste op de crashsite zijn'. Wie zelf of van nabij betrokken is geweest bij een vergissing waarbij de patiënt ernstig werd geschaad, weet wel beter. De klap komt bij de hulpverlener keihard aan als deze zich realiseert dat de patiënt waarvoor hij zich met de beste bedoelingen en naar eer en geweten heeft ingezet juist door een vergissing ernstige schade heeft opgelopen. Zoals vergissen menselijk is, is ook de eerste reactie op een dergelijke catastrofe menselijk, namelijk de neiging om weg te rennen, te ontkennen of het eigen aandeel in de gebeurtenissen te verkleinen. Een dergelijke reactie op een traumatische gebeurtenis kan adequaat zijn indien men zich in een brandend gebouw bevindt, maar werkt averechts wanneer het gaat om een vergissing met ernstige gevolgen voor derden. Immers, weglomen van de situatie staat haaks op wat de patiënt op dat moment nodig heeft, namelijk openheid en een op het behoud van vertrouwen gericht gesprek. De hulpverlener verdient initieel counseling over hoe om te gaan met de situatie en hoe de informatie het beste naar de patiënt kan worden gecommuniceerd. Zo'n gesprek wordt nooit makkelijk en heeft alle kenmerken van een slechtnieuwsgesprek, waarbij niet de diagnose, maar juist de hulpverlening zelf het slechte nieuws is. De emoties van alle betrokkenen, ook de hulpverleners, kunnen hierbij hoog oplopen. Het is voor een adequate verwerking belangrijk om aan deze emoties uiting te geven. Het is niet erg als de patiënt of diens familie ziet dat het incident de hulpverlener niet onberoerd laat. Dit kan zelfs een bijdrage aan het herstel van vertrouwen geven (zie kader).

Casus: als het misgaat⁹³

In het boekje *Als het misgaat* beschrijven Van Bon en Molendijk de waargebeurde casus van accidentele amputatie van de vingertop van een te vroeg geboren baby door een scherp voorwerp. Diezelfde dag nog vond er een gesprek plaats tussen de ouders van het pasgeboren patiëntje en alle betrokken hulpverleners. Tijdens het emotionele gesprek werd het de ouders duidelijk hoezeer de verpleegkundige geraakt was door het voorval. Dit droeg er in belangrijke mate aan bij dat aan het einde van het gesprek de ouders het goed vonden dat deze verpleegkundige ook hierna de zorg voor het kind op zich zou nemen. Nu, enkele jaren na het voorval terugkijkend, heeft het tonen van oprechte emotie een belangrijke rol gespeeld bij het verwerken van het incident.

door de moeilijke periode heen loodst, kan hieraan bijdragen.

8.4 Hoe zou de organisatie moeten omgaan met een fout?

De institutionele reactie op een vergissing waardoor bij een patiënt ernstige schade was ontstaan, kenmerkte zich in de tweede helft van de vorige eeuw door een reactiepatroon gericht op 'damage control', waarbij angst voor reputatie- en imago-schade en schadeclaims leidend leek te zijn. Daarbij was de heersende cultuur in zorgorganisaties erg naar binnen gekeerd. Dit heeft zeker bijgedragen aan het in de samenleving bestaande beeld van een 'conspiracy of silence'. Sinds de jaren zestig nam het gezag voor autoriteiten geleidelijk af en is ook de medische ivoren toren voor een deel verdwenen. Daarbij verlangt de maatschappij in toenemende mate transparantie over het verrichte werk en de resultaten.

Hoewel onbedoeld, is een vergissing met schadelijk gevolg ook een voorbeeld van een resultaat. Hoe een organisatie omgaat met een dergelijke gebeurtenis is te beschouwen als een test op empathisch en lerend vermogen. Indien er een poging wordt gedaan om de situatie te bagatelliseren, 'onder de pet te houden' of zelfs de patiënt met een zwijgcontract af te kopen, is dit te beschouwen als een vluchtreactie die misschien tijdelijk de druk van de ketel haalt, maar vroeger of later als een boemerang op de organisatie zal terugslaan. Daarmee wordt niet slechts het imago van de instelling geschaad, maar zelfs de reputatie van de zorgsector als geheel, inclusief dat van de mensen die er werken. Zelfs situaties van jaren geleden dragen bij ontdekking weer bij aan de samenzweringstheorieën die bijvoorbeeld op het internet welig tieren.

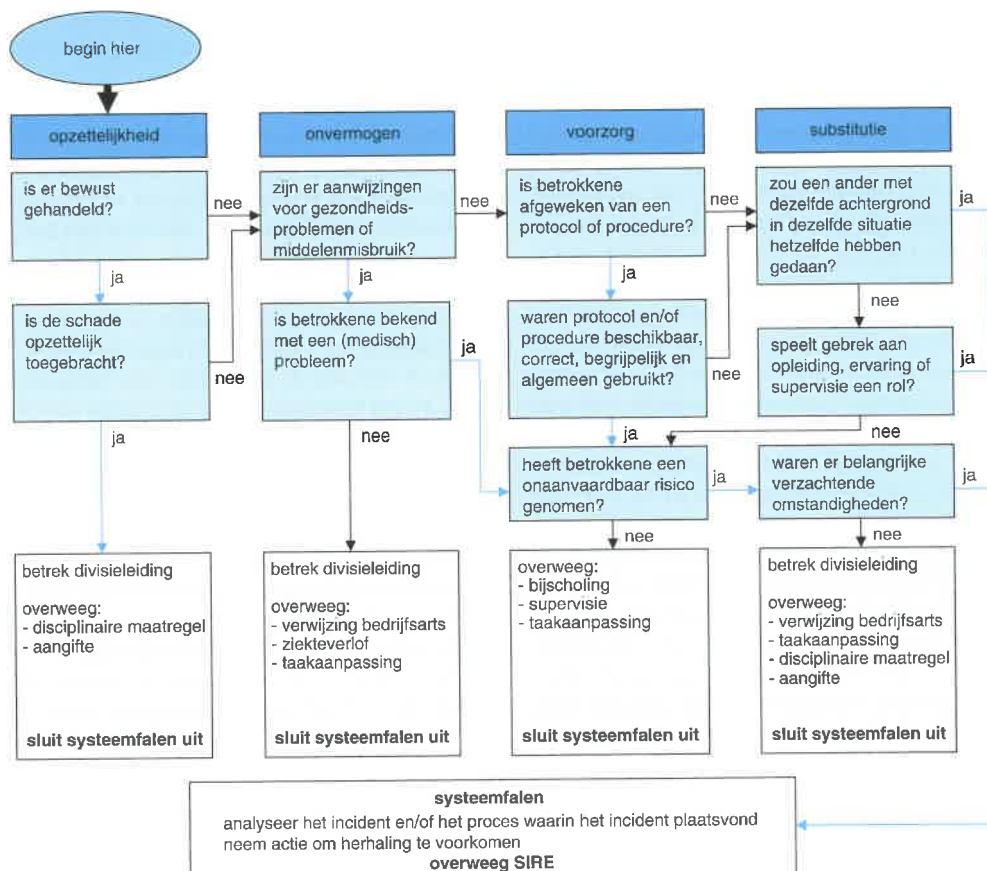
De oplossing ligt eigenlijk voor de hand. Zoals eerder vermeld, is een onbedoelde gebeurtenis te beschouwen als een medisch noodgeval. Door strikte toepassing van de principes over hoe om te gaan met een medisch noodgeval kan de vervolgschade van het incident worden beperkt en het vertrouwen worden hersteld. Deze principes zijn: wees goed voorbereid, zet de juiste mensen op het juiste moment met het juiste instrumentarium in, monitor het effect van de aanpak en evalueer het resultaat. Vertaald naar de vergissing met

De hiërarchische verhoudingen tussen disciplines in de zorg, waarbij de arts functioneel leider is van het zorgproces, maar deel uitmaakt van een maatschap of vakgroep specialisten, en waarbij verpleegkundigen feitelijk worden aangestuurd door hun leidinggevendenden, meestal een teamleider of hoofdverpleegkundige, kan verwarring in de hand werken. Soms voelt de arts zich verantwoordelijk voor alle betrokkenen en zal daarbij vooral oog hebben voor de schrik en het verdriet van de teamleden, daarmee diens eigen verdriet wegstoppend en niet verwerkend. Daarin schuilt een gevaar voor burn-out en mogelijk zelfs posttraumatische stressstoornis. Soms zal de arts zich juist niet betrokken voelen omdat het een verpleegkundige vergissing betrof en het dan maar 'in die lijn' moet worden aangepakt en opgelost. Een dergelijke houding leidt onherroepelijk tot erosie van het teamgevoel en creëert een onveilige cultuur waarin hulpverleners zich niet veilig voelen om een vergissing te melden. Mede hierdoor zal het lerende vermogen van de afdeling laag blijven. Gebleken is dat een adequate counseling van alle betrokkenen, gericht op herstel van (zelf)vertrouwen en op het leren van de onbedoelde gebeurtenis, bijdraagt aan enerzijds risicobewustzijn, anderzijds aan de veiligheidscultuur van een afdeling. Aanwijzen van een geschoolde, empathische vertrouwenspersoon die het hele team als het ware bij de hand neemt en

schadelijk gevolg betekent dit het volgende. Beschrijf de aanpak gedetailleerd in een protocol, bijvoorbeeld met behulp van een incidentbeslisboom (zie figuur 8.1). Dit is vooral van belang bij een ernstig incident of een calamiteit. Onder dit laatste wordt verstaan: iedere niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en die tot de dood van of ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt heeft geleid. Voeg hieraan een checklist (zie tabel 8.1) toe over welke stappen moeten worden ondernomen, wie die stappen moet zetten en wanneer. Een dergelijke lijst kan in aangepaste vorm uiteraard ook gebruikt worden voor minder ernstige incidenten.

Zorg voor een goede verslaglegging van zowel de gebeurtenis als de reacties erop. Benoem iemand die met enige distantie naar de situatie kan

kijken tot bewaker van het proces, zodat beslissingen wel door empathie, maar niet door emotie worden ingegeven. Zeker bij ernstige gevolgen zoals overlijden, kan een gezamenlijke debriefing van alle betrokkenen helpen. Een emotionele debriefing kort na het incident kan helpen de eerste gevoelens van verdriet en boosheid te ontlasten, waardoor weer ruimte ontstaat voor een rationele beschrijving en weging van de feiten tijdens een volgende feitelijke debriefing. Het is niet aan te bevelen om al tijdens het eerste gesprek met patiënt en/of familie een van de ziekenhuisbestuurders aanwezig te laten zijn. Dit kan de indruk van 'damage control' versterken. In een latere fase is het juist essentieel als instellingsbestuurders zichtbaar participeren in de begeleiding van zowel patiënt als hulpverleners. Dergelijk zichtbaar leiderschap zal het vertrou-



Figuur 8.1 Incidentbeslisboom. Bron: UMC Utrecht, gebaseerd op de Incident Decision Tree van de Britse National Patient Safety Agency (NPSA) / James Reason.

Tabel 8.1 Checklist 'Hoe te handelen bij een calamiteit?' (bron: GHI Bulletin, mei 1991, Hoofdinspectie van de Volksgezondheid).

Activiteit	Omschrijving activiteit	Uitvoerende(n)
Waarschuwen behandelend arts	Bij het vaststellen van een calamiteit de behandelend arts waarschuwen.	Betrokken hulpverlener
Beperken / herstellen gevolgen	Indien mogelijk beperken en/of herstellen van de gevolgen van de calamiteit voor de patiënt door behandeling en verzorging.	Betrokken hulpverlener
Melden management	Het gebeurde tijdens kantooruren direct melden aan het zorgteammanagement en het zorggroepmanagement. Buiten kantooruren de dienstdoende zorggroepmanager telefonisch informeren.	Betrokken hulpverlener
Bevriezen situatie	<ul style="list-style-type: none"> - Zo min mogelijk aan de situatie of de betrokken materialen veranderen (infuusvloeistoffen, instrumenten en/of apparaten). - Indien de patiënt overleden is infusen, katheters e.d. laten zitten totdat de patiënt geschouwd is. Bij een niet-natuurlijke dood: patiënt op de afdeling laten, totdat de gemeentelijk lijkschouwer heeft besloten wat er met de patiënt dient te gebeuren. - Betreffende ruimte indien mogelijk afsluiten. - De bij de gebeurtenis betrokken hulpmiddelen en medicamenten worden in bewaring genomen. - Calamiteit melden bij de deskundige ter zake (in overleg met de technische dienst, medische technologie of apotheker). - Niets mag opnieuw bij een volgende patiënt gebruikt worden totdat zeker is dat apparatuur, medicamenten, disposibiles et cetera. de calamiteit niet veroorzaakt kunnen hebben. 	Betrokken hulpverlener en hoofd zorgteam
Inlichten familie	Familie samen met de arts inlichten. Familie wijzen op aanwezigheid klachtenfunctionaris, die de verbindende schakel kan zijn tussen de ziekenhuisorganisatie en de familie.	Betrokken hulpverlener en hoofd zorgteam
Melden aan Raad van Bestuur	Contact opnemen met Raad van Bestuur, verslag uitbrengen van de gebeurtenissen. Bij twijfel altijd melden!	Zorgmanager of leidinggevende
Vastleggen calamiteit	<ul style="list-style-type: none"> - Direct noteren: wat er gebeurd is en wanneer (tijdlijn) en wie (namen/functies) erbij betrokken waren. Dossiers en overige registraties verzamelen; hierin mag niets meer gewijzigd worden. - Melding doen. - Binnen 24 uur na constatering of vermoeden van nadeel voor de patiënt toesturen aan de Raad van Bestuur. - Klachtenfunctionaris informeren. 	Betrokken hulpverlener en hoofd zorgteam
Activiteiten plannen	Afspraken maken over de coördinatie van de activiteiten rondom de calamiteit.	Zorgmanager of leidinggevende
Terugmelden behandelend arts en andere betrokkenen	Terugmelden naar de betrokken hoofdbehandelaar, medewerker en leidinggevende over het overleg met de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de verder te ondernemen activiteiten.	Raad van Bestuur
Onderzoeken op basis van rapportage	Op basis van de ontvangen verslagen van de hoofdbehandelaar en leidinggevende, een onafhankelijke commissie nader onderzoek laten doen. De commissie rapporteert aan de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur informeert de IGZ over de uitkomsten.	Raad van Bestuur

Media inlichten	Indien de pers betrokken is/wordt: alle communicatie via de Raad van Bestuur/afdeling Concerncommunicatie laten lopen	Raad van Bestuur
-----------------	---	------------------

wen van de patiënt in behandelaars, instelling en in het feit dat er geleerd zal worden van het voorval, alsmede de veiligheidscultuur in de instelling verbeteren. Er bestaat veel discussie over of bijna-incidenten met potentieel ernstige gevolgen ook met de patiënt zouden moeten worden gedeeld. Het lijkt ons niet zinvol om de patiënt te informeren aan welke ‘ramp’ hij zojuist is ontsnapt, tenzij de patiënt een rol had kunnen spelen bij tijdige detectie of nog kan spelen bij reductie van de herhalingskans. Te denken valt aan een moeizame intubatie, van tevoren niet als potentieel moeilijk ingeschat, maar door lichaamskenmerken van de patiënt (bijvoorbeeld een overbeet) toch moeizaam verlopen. Dan is het raadzaam dit te vermelden in het dossier en het met de patiënt te delen, zodat hij er bij toekomstige contacten met hulpverleners zelf op kan wijzen.

Behalve een beschreven werkwijze over hoe om te gaan met calamiteiten, dient een instelling ook het melden van kleinere en bijna-incidenten te stimuleren. Immers, bijna-incidenten zijn niets anders dan potentiële calamiteiten waarvan de kiem, de vergissing, tijdig werd ontdekt. Daarmee bevat een melding van een bijna-incident informatie waarmee in de toekomst potentieel een calamiteit kan worden voorkomen. Belangrijk is om meldsystemen zo te ontwerpen dat de veiligheid van de melder is gewaarborgd. Dit betekent dat de melding geen consequenties mag hebben voor de melder, noch voor diens loopbaan, noch voor zijn positie binnen het team (geen ‘verklikker’). De eerste stap is om dit in de instelling zo met elkaar af te spreken. Ervaringen met het ‘vimmen’, het Veilig Incident Melden, leren dat dit leidt tot een enorme toename van meldingen. Wanneer het melden gekoppeld is aan analysemethodieken zoals beschreven in hoofdstuk 5, is de kans groot dat er geleerd wordt van het voorval en dat er verbetermaatregelen worden genomen (zie kader).

Casus: te late vervanging infuuspompen

In een groot ziekenhuis overleed een patiënt die zich in een palliatief traject bevond versneld door het bij vergissing verkeerd instellen van een infuuspomp. Hierdoor werd een tienvoudige dosering morfine toegediend. Naast counseling van alle betrokkenen en tijdige volledige openheid naar de nabestaanden, werd door de centrale ziekenhuiscommissie Melding Incidenten Patiëntenzorg direct een onderzoek ingesteld. Uit analyse bleek dat de verpleegkundige zich had vergist, maar dat deze vergissing was uitgelokt door managementkeuzes over het invullen van de dienstlijst. Deze keuzes van de organisatie gingen zelfs zover dat op decentraal niveau werd besloten tot vervanging van materiaal, waardoor het mogelijk was om met infuuspompen te blijven werken die eigenlijk niet meer aan de eisen van de tijd voldeden. Na verschijning van het rapport werden instellingsbreed alle pompen vervangen, het personeel getraind en ook het onderhouds- en vervangingsstelsel van dit belangrijke materiaal aangepast aan de eisen van de tijd. Deze institutionele respons was slechts mogelijk doordat de instelling systemen voor het analyseren van incidenten had ingevoerd en aan de conclusie van de analyse ook de juiste consequenties verbond. Hiermee is de leercyclus rond, wat een kenmerk is van een professionele en volwassen veiligheids-cultuur.

Naast VIM-systemen bestaan er complicatie- en necrologiebesprekingen. Complicatiebesprekingen zijn van oudsher het domein van de arts en hebben vaak een monodisciplinair karakter. Complicaties kunnen het gevolg zijn van patiëntkenmerken die tevoren niet duidelijk waren of van een ‘calculated risk’, waarbij zich desondanks toch schadelijke gevolgen voor de patiënt voordoen. Dit delen van ervaringen met beroepsgenoten draagt bij aan het reduceren van de herhalingskans. Soms blijkt na analyse dat een complicatie toch het gevolg is van een vergissing of een onvolkomenheid in het zorgproces. Ook dan is het van belang dit te delen met zo veel mogelijk collega’s, zodat de herhalingskans klei-

ner wordt. Necrologiebesprekingen, het multidisciplinair nabespreken van het ziektebeloop en de behandeling van een overleden patiënt hebben als meerwaarde dat de route van een patiënt door de instelling vanuit meerdere invalshoeken kan worden bekeken, wat meer informatie boven tafel brengt, en ook iets geleerd kan worden over de bijdrage van de interactie tussen disciplines aan het beloop.

Samenvattend heeft de reactie van de organisatie op een vergissing directe gevolgen voor de mogelijkheden om de kans op herhaling te verkleinen. Een afdekkende manier houdt onveiligheid in stand; een open houding met aandacht voor alle betrokkenen en het focus op leren van de situatie om de zorg veiliger te maken, zal juist bijdragen aan veiligere zorg.

8.5 Juridische implicaties

Een van de overeenkomsten tussen de aan het begin van dit hoofdstuk genoemde sectoren (gezondheidszorg, luchtvaart, chemie) is dat indien een vergissing ernstige gevolgen blijkt te hebben, het Openbaar Ministerie of een andere externe toezichthouder een onderzoek zal instellen of er strafbare feiten zijn gepleegd. Op het moment dat het doel van het onderzoek gericht is op het vinden van mogelijke strafbare feiten of van 'schuldigen' en niet op kwaliteitsverbetering, gaan andere belangen spelen. Betrokkenen hebben er dan baat bij om zo min mogelijk te zeggen, omdat ze bang zijn dat alles wat ze zeggen tegen hen gebruikt kan worden. Het gevolg is dat niet alle informatie over het voorval ter beschikking komt, zodat er minder geleerd kan worden over de oorzaken en de kans op herhaling blijft bestaan. Niet alleen is dit een bedreiging voor verbetering in deze specifieke situatie, maar dit vormt een bedreiging voor de meldingsbereidheid in de breedste zin van het woord.

Het is wenselijk dat er een nieuw evenwicht wordt bereikt tussen enerzijds het maatschappelijk belang van handhaving en vergelding en anderzijds het maatschappelijk belang om te leren van wat er misging om herhaling te voorkomen. Om die reden dient er een 'firewall' te bestaan tussen systemen gericht op kwaliteitsverbetering en procedures gericht op het ter verantwoording

roepen van individuele hulpverleners. Informatie uit het eerstgenoemde systeem dient niet te worden gebruikt in het kader van individuele juridische procedures, behalve wanneer er sprake is van boze opzet of evident grensoverschrijdend gedrag. Veel vaker echter is er sprake van een menselijke vergissing, vaak door een professional die met de beste intenties onder moeilijke omstandigheden toch het beste voor de patiënt probeert te doen. Het is extra wrang om dan plotseling als 'verdachte' te worden aangemerkt. Het moet mogelijk zijn een tussenweg te vinden. Als voorbeeld kan het werk van de Onderzoeksraad voor Veiligheid dienen. Informatie verstrekt aan deze raad kan nooit gebruikt worden in een juridische procedure. Dit is wettelijk vastgelegd. De instantie die tegen een individu een procedure wil starten, zal via een eigen onderzoek de benodigde gegevens moeten zien te verkrijgen. Het is te overwegen om een dergelijke regeling in te stellen voor alle hoogrisicosectoren, zodat er eerst gedegen onderzoek kan plaatsvinden gericht op kwaliteitsverbetering. Strafrechtelijke autoriteiten en andere toezichthouders houden dan de handen op de rug, tenzij er evidente aanwijzingen zijn dat er sprake is van het willens en wetens nemen van onverantwoorde risico's.

Met de komst van het 'Veilig Incident Melden' is er discussie ontstaan over de vraag in hoeverre het melden van een vergissing met ernstige gevolgen juridisch veilig is. De term 'veilig' staat in principe voor de wijze van omgang van de organisaties met de melder. Bij het ontbreken van wetgeving die de veiligheid van de melder garandeert, is melden dus nooit 100% juridisch veilig. Terwijl de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2006 met de koepelorganisaties een convenant sloot om nooit gebruik te maken van de informatie in de meldsystemen, heeft het Openbaar Ministerie slechts beloofd hierin terughoudend te zijn. In het in juni 2010 bij de Tweede Kamer ingediende wetsvoorstel cliëntenrechten zorg is een wettelijke bepaling over veilig melden opgenomen. Deze bepaling houdt in dat informatie uit een kwaliteitssysteem niet als bewijs in een juridische procedure mag worden gebruikt, tenzij het om een strafrechtelijke procedure gaat en de gegevens niet op een andere wijze kunnen worden verkregen. Dit is helaas een zeer ruime wettelijke uitzondering, die de meldingsbereidheid nadelig kan beïnvloeden.

De veiligheid van de hulpverlener die in het kader van een kwaliteitssysteem gegevens meldt, is vooral van belang in relatie tot mogelijke acties of procedures van diens werkgever of van externe autoriteiten. Met betrekking tot de patiënt is van een andere situatie sprake. Een patiënt die van mening is dat een incident het gevolg is van verwijtbaar handelen, heeft het recht ten aanzien daarvan een procedure te starten (klachtrecht, tuchtrecht, civiel recht). Daarbij heeft hij ook het recht om te worden geïnformeerd over de aard en toedracht van een incident met de voor hem merkbare gevolgen (ook dit is opgenomen in het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg). In de recente jurisprudentie overheerst de benadering dat de patiënt geen toegang heeft tot de inhoud van kwaliteitssystemen, maar dat hij wel langs andere wegen voldoende informatie dient te krijgen. Veilig Incident Melden mag dus niet zo zijn opgezet dat aan de informatierechten van de patiënt afbreuk wordt gedaan.

Wanneer patiënten het gevoel krijgen dat niet alle informatie met hen is gedeeld of als ze zeker willen stellen dat er van het gebeurde wordt geleerd, bestaat de mogelijkheid om een klacht in te dienen bij de klachtencommissie van de instelling. Deze commissie kan een klacht gegrond of ongegrond verklaren, waarna de patiënt kan besluiten hiermee genoegen te nemen of toch kan besluiten een schadeclaim in te dienen of een klacht neer te leggen bij het Medisch Tuchtcollege. Beide routes kunnen maanden tot jaren duren voordat het tot een uitspraak komt. Niet zelden leidt dit tot een groeiende frustratie bij alle betrokkenen, wat de rouwverwerking frustreert en het herstel van vertrouwen steeds moeilijker zal maken. Het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg bevat een klacht- en geschilprocedure die ertoe moet leiden dat de patiënt binnen een veel kortere termijn dan nu het geval is een bindende beslissing kan verkrijgen ten aanzien van een klacht of claim.

Kernpunten

- Het maken van fouten is inherent aan iedere vorm van hulpverlening; hulpverlener en organisatie dienen erop voorbereid te zijn hoe hiermee om te gaan.
- Onmiddellijke beperking van de gevolgschade tot het minimum, openheid en spijtbetuiging zijn van direct belang voor patiënt, hulpverlener en organisatie.
- Voor de betrokken hulpverlener als ‘second victim’ moet eveneens adequate opvang en ondersteuning beschikbaar zijn.
- Van fouten moet ook geleerd worden. Daarvoor is een veilige en open cultuur nodig die dat mogelijk maakt. Complicatie- en necrologiebesprekingen en een systeem voor veilig incidenten melden (VIM) moeten hieraan bijdragen.
- Wetgeving die de melder beschermt, ontbreekt vooralsnog. Hierdoor heeft met name het Openbaar Ministerie mogelijkheden om gebruik te maken van gegevens uit kwaliteitssystemen.

Literatuur

- 1 KNMG standpunt 2007. Omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van artsen worden verwacht? www.knmg.nl/publicaties.
- 2 Legemaate J, Everdingen JJ van, Kievit J, Stappers JW. Openheid over medische fouten. Ned Tijdschr Geneeskd 2007;151:319-22.
- 3 Bon A van, Molendijk H. Als het misgaat: over openheid na een incident. Zwolle: Centrum Patiëntveiligheid Isala, 2009. ISBN 90-5352-550-5.

Websites

- www.artsenvannu.nl. Discussieplatform medische professionaliteit, met verwijzing naar diverse publicaties met betrekking tot een verantwoorde, betrouwbare, transparante en toetsbare opstelling van de arts.
- www.deletselschaderaad.nl/goma. Bevat de volledige beschrijving van de Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA).

Lijst van afkortingen

AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
ARR	absolute risicoreductie
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BI	betrouwbaarheidsinterval
BIG (Wet)	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
CAK	Centraal Administratie Kantoor
CBA	Controlled Before After Study
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg
CCS	Clinical Classification System
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CMR	Centrale Medicatiefouten Registratie
COMPaZ	Cultuur Onderzoek onder Medewerkers over Patiëntveiligheid in Ziekenhuizen
CRM	Crew Resource Management
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DAM	Decentrale Analyse van Meldingen
DBC's	diagnose-behandelcombinaties
EBM	evidence-based medicine
EBRO	evidence-based richtlijnontwikkeling
ECM	Eindhoven Classificatie Model
EFQM	European Foundation for Quality Management
EPOC	Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group
EVS	elektronisch voorschrijfsysteem
FTO	farmacotherapeutisch overleg
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
GOMA	Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid
HFMEA	Health Failure Mode and Effect Analysis
HKZ	Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
HRM	Human Resource Management
HRO's	high reliability organisations
(H)SMR	(Hospital) Standardized Mortality Rates
HSOPS	Hospital Survey on Patiënt Safety Culture

ICC	intraclusterrelatiecoëfficiënt
IGZ	inspectie voor de Gezondheidszorg
IM	Intervention Mapping
INK	instituut Nederlandse Kwaliteit
ISO	International Organisation of Standardisation
IZEP	Instrument voor Zelf Evaluatie van de Patiëntveiligheidscultuur
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KZi	Kwaliteitswet Zorginstellingen
LIZ	Leren van Incidenten in de Zorg
LMR	Landelijke Medische Registratie
NEN	Nederlandse norm
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
NMa	Nederlandse Mededigingsautoriteit
NNT	number needed to treat
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NS	niet significant
NTA	Nederlands Technische Afspraak
OR	ondernemingsraad
P&C	planning- en controlcyclus
PDCA-cyclus	Plan-Do-Check-Act-cyclus
PICO	populatie, interventie, controle, outcome (uitkomst)
POWI's	postoperatieve wondinfecties
PRISMA	Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis
RAND	Research And Development
RCT	randomized controlled trial
RRR	relatieve risicoreductie
SAFER	Scenario Analyse van Faalwijzen, Effecten en Risico's
SBAR	Situation, Background, Assessment, Recommendation
SIRE	Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie
SMART	specific, measurable, attractive, realistic, time-driven
SPC	Statistical Process Control
SR	systematic reviews
SWD	stepped wedge design

TQM	Total Quality Management
TSA	Time Series Analysis
VAC	Vacuum Assisted wound Closure
VIM	Veilig Incident Melden
VZ	verslavingszorg
Wcpv	Wet collectieve preventie gezondheidszorg
Wcz	Wet cliëntenrechten zorg
Wet BIG	Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
Wet Bopz	Wet bijzondere opnemng in psychiatrische ziekenhuizen
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WIP	Werkgroep Infectie Preventie
WK CZ	Wet klachtrecht cliënten zorgsector
WMG	Wet Marktordening Gezondheidszorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WOB	Wet openbaarheid van bestuur
WOD	Wet op de Orgaandonatie
WOR	Wet op de Ondernemingsraden
WTL	Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

Register

aanbodgestuurd	54	CQ-index (Consumer Quality Index)	65
aanvullende verzekering	78		
absolute risicoreductie	31	de-implementatie	131
accreditering	48	Delphi-techniek	142
adherentie	140	derde lijn	74
AGREE Instrument	41, 44	descriptieve analysetechnieken	146
audits	132	diagnose-behandelcombinaties	164
authority-based medicine	26	diagnostische analyse	133
autorisatie	41	discriminerend vermogen	165
AWBZ	78	disseminatie	41
		documentatie- of registratiesystemen	157
balanced scorecard	86	documentenanalyse	161
Bandura	150	doelgroep	134
barrières	108	doelmatige zorg	130
basispakket	73	doelmatigheid	91
belemmerende factoren	143	doeltreffende zorg	25, 37, 42, 43, 46, 47
besluitvormingsproces	86	domeinen van kwaliteit van zorg	19
best practice	47, 48, 49, 130	Dutch Cochrane Centre	31
besturingsproces	85		
betrouwbaarheid	143, 161, 165	EBM	26, 31, 33, 34, 36, 37, 38, 41, 45, 47
bevorderende factoren	143	EBRO	38, 40
bewijs	132	echelons	72
bias	29, 31, 37, 142	economische evaluaties	159
blame and shame	113	economische machtspositie	76
blamefree reporting	178	eerste lijn	74
blinding	32, 170	effectiviteit	27, 34, 42, 43
BowTie	121	effectiviteitsmaten	159
brainstormsessies	150	elektronisch patiëntendossier	164
bruikbaarheid	161	Elektronisch Voorschrijfsysteem	48
		EPOC	151
calamiteiten	80	ervaringsmethode	87
CanMEDS	21	evalueren	156
CBO	37, 40, 50	evidence-based medicine	16, 25
Centrum Klantervaring Zorg	65	evidence-based practice	22
certificeren	92	evidence-based richtlijn	13, 26, 38, 39, 41, 42, 45, 46
checklijsten	158	evidence-based werken	131
circuit	72	EVS	48
cliëntraden	67	exploratief	150, 151
cluster-RCT	170	externe validerings	173
Cochrane Library	29, 36, 41	extramuraal	133
Cochrane review	30, 31, 34, 43		
cognitieve factoren	143	farmacotherapeutisch overleg	49
collectieve patiëntenparticipatie	57	feedback	139, 143
compartimenten	73	flowchart	148
complexiteit	138	flowsheet	148
complicatie	104	focusgroepinterviews	167
consensus	134	fouten	107
consensustechnieken	141	FTO	49
content- en constructvaliditeit	165	fusie	77
coronaire syndromen	126		

gedeelde besluitvorming	132	kostenbesparing	136
gedragsmatige factoren en persoonskenmerken	143	kosteneffectiviteit	158
gefaseerd toezicht	76	kosten-effectiviteitsanalyse	156
gezamenlijke besluitvorming	59	kostenevaluatie	158
Gezondheidsraad	75	kwalitatieve analyses	165
gezondheidswinst	158	kwaliteit van leven	96
gezondheidszorgsysteem	71	kwaliteit van zorg	131
Google	30	kwaliteitsbevordering	92
GRADE-systeem	37	kwaliteitsbewaking	92
groepsinterviews	145	kwaliteitscyclus	13, 134
groepsprocessen	167	kwaliteitsreizen	80, 134
grondslag	79	kwaliteitsfunctionaris	157
handhygiëne	130	kwaliteitsindicatoren	98
high risk medication	126	kwaliteitsstelsel	91, 92
Human Factors	107	kwaliteitsverbetering	19, 129
hypothesen	150	kwaliteitsverbeteronderzoek	162
hypothesevorming	151	Kwaliteitswet	14, 169
implementatie	36, 38, 40, 41, 43, 129, 133	Kwaliteitswet Zorginstellingen	19, 80
implementatiemodel	133	Kwaliteitszorg	92
implementatiestrategie	162	kwetsbare ouderen	126
implementatievoorstellen	136	Lean Management	17
incident	104	leiderschap	88
indicatiebesluit	79	leiderschapsrollen	89
indicatoren	139	leiderschapstijlen	89
individuele interviews	145	levels of evidence	36
individuele patiëntenparticipatie	56	lifetime learners	131
informatievoorziening	132	lijnen	72
INK-managementmodel	86, 93	logistiek	91
inkomensafhankelijke bijdrage	77	mededingingsrecht	76
innovatie	136	medezeggenschap	87
Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)	75	medicatieveiligheid	112
integrale bekostiging	98	medicatieverificatie	126
integrale zorgprogramma's	95	Medisch Tuchtcollege	186
intention to treat	32	medische fouten	130
interdoktervariatie	54	Medline	29, 41
interne consistentie	165	MeSH	30
interventie	26, 31, 36, 37, 42, 43	meta-analyse	31
interventiestrategie	162	metareviews	133
Intervention Mapping	150	mortaliteit	131
interviews	161, 165	motivationale factoren en attitudes	143
intra- en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid	165	multidisciplinaire teams	85
intraclusterrelatiecoëfficiënt	171	narrative medicine	16
intramuraal	133	Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa)	76
intuïtieve methode	87	NEN-ISO	92
iteratieve consensus scoringsprocedure	142	NHG-Standaard	39, 43, 47, 48
jaarplancyclus	86	nierinsufficiëntie	126
juridische implicaties	185	niet-gerandomiseerde of -gecontroleerde studies	159
kartelafspraken	76	niveau van bewijs	27, 36, 38, 41
kernaanbevelingen	142	NNT (number needed to treat)	31, 43, 46
ketenzorg	95	observatie	157, 161
keuzehulp	44, 59	omgekeerde isolatie	136
kiesbeter.nl	58	ondernemingsraad	88
klachtencommissie	186	onderzoeksdesigns	161
klachtenfunctionaris	180	onverzekerbare risico's	78
klinimetrie	164	operationele besturing	86
klinische relevantie	31, 42	optimale zorg	134
kookboek	33	ordeningsprincipe	72
kookboekgeneskunde	27	organisatiestructuur	84

paretogram	147	Statistical Process Control (SPC)	17, 163
participatieladder	64	statistische technieken	147
passendheid	138	stepped wedge design (SWD)	171
pathways	134	stijl van delegeren	89
patiëntenfolders	136	stijl van instrueren	88
patiëntenlogistiek	132	stijl van overleggen	88
patiëntenparticipatie	63	stijl van overtuigen	88
patiëntenperspectief	27, 42	strategie	84
patiëntgerichte zorg	60	strategische besturing	85
patiëntgerichtheid	132	stroomdiagram	147, 148
patiënttevredenheidsonderzoek	132	stroomschema	139, 148
patiëntveiligheid	103, 131	structuurindicatoren	18, 141
patiëntveiligheidscultuur	113	structuurwetgeving	75
performance-indicatoren	65	structuur-, proces- en uitkomstindicatoren	163
PICO	28, 36	subgroepen	133
pijn	126	succesvolle innovatie	138
pilot	154	systeemtheorie	108
Plan-Do-Check-Act-kwaliteitscyclus	17	systematische literatuuranalyse	132
planning- en controlcyclus	86	systematische review	16, 30, 31, 38, 45
powercalculatie	171	systemen	84
precisie	31	taakherschikking	99
preferentiegevoelige beslissingen	59	tactische besturing	86
preventie	74	teamtraining	117
PRISMA	122	rest- en hertestbetrouwbaarheid	165
procesindicatoren	18, 141	thematisch toezicht	76
processtructuur	85	tijdserieanalyse	169
professioneel gedrag	19	toelating	75
protocol	35, 39, 47, 49, 130	toepasbaarheid	28, 31, 33, 36, 37, 41, 42
protoprofessionalisering	67	TQM-model	93
psychometrie	164	transmurale zorg	96
psychometrische kenmerken	161	trial	131
Pubmed	29, 36	tweede lijn	74
randomisatie	32, 170	uitkomstindicatoren	19, 141
randomized controlled trials	156	uitkomstmaat	29, 32
rationeel-systematische methode	87	valide	141
RCT	16, 30, 31, 36, 37	validiteit	28, 31, 36, 141, 161, 165
referentiecijfers	143	vaste premie	77
reflectie	21	veiligheidsbarrières	178
registraties	157	veiligheidsprogramma	125
relatieve risicoreductie	31	verantwoording afleggen	21
relevantie	37	verbeteringsprogramma's	141
reproduceerbaar	142	verbeterplan	134
resistentiepatronen	134	verbeterproces	133
richtlijn	25, 37, 38, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 49, 130, 132	verbetertraject	133
richtlijnontwikkeling	63	verwisseling	126
Rogers	136	visgraatdiagram	147
SAFER	121	vitaal bedreigde patiënt	126
samenwerking	46, 48, 49, 50	vraaggestuurd	54
saturatie	165	Wet cliëntenrechten zorg (Wcz)	82
SBAR	116	Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ)	81
schade	104	Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	78
Semmelweis	130	Wet Marktordening Gezondheidszorg	67
sepsis	126	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)	81
shared-decision making	33	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)	33, 81
Six Sigma	17	wetenschappelijke onderbouwing	130
SMART-doelen	136	wondinfecties	125
SMART-verbeterplan	23		
social learning theory	150		
solidariteit	78		
staatstoezicht	75		
standaarden	130		

zelfmanagement	61, 96	zorgplannen	134
zelfrapportage	157	zorgstandaard	97
ziekenhuisinfecties	130	zorguitkomsten	138
zoekactie	36	Zorgverzekeringswet	66, 77, 83
zoekstrategie	30, 35		