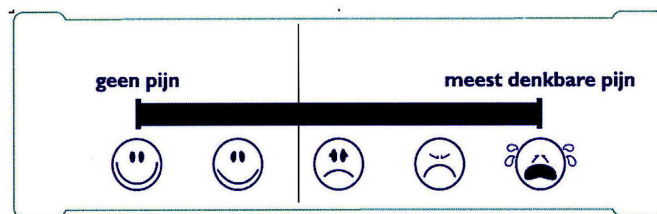
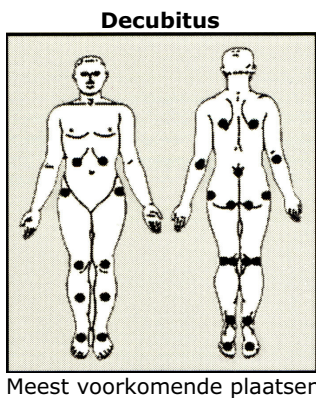


# PRESTATIE-INDICATOREN & KWALITEIT VAN ZORG

Onderzoek naar het internaliseringsproces van  
externe prestatie-indicatoren in het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis



+ beter ✓ veiliger 😊 vriendelijker

**Leonie van der Aar**

308590

Begeleiders:

Prof. Dr. R. A. Bal

MA S. Jerak-Zuiderent

Meelezer:

Dr. J. Geelhoed

Augustus 2008

Erasmus Universiteit Rotterdam

Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg



## VOORWOORD

---

Dit afstudeeronderzoek vormt de afronding van mijn Master Zorgmanagement. Het schrijven van deze scriptie is het sluitstuk van mijn onderzoek maar ook van een tweejarige studie. Een studie die mij af en toe best zwaar gevallen is, zeker in combinatie met mijn gezin. Deze scriptie en het met goed gevolg afronden van dit masterjaar voelt dan ook als de spreekwoordelijke 'kroon op mijn werk'.

De afgelopen periode heb ik met veel interesse en plezier onderzoek gedaan naar het proces van internalisering van prestatie-indicatoren en de relatie met kwaliteitsverbetering. Het onderzoek biedt inzicht in de wijze waarop in de werkpraktijk van een ziekenhuis inhoud en invulling wordt gegeven aan prestatie-indicatoren. Hierbij spreek ik de hoop uit dat de resultaten van dit onderzoek een bijdrage leveren aan de maatschappelijke discussie over de relatie tussen verantwoordingsprocessen op basis van prestatie-indicatoren en de verbetering van kwaliteit van zorg.

Graag wil ik iedereen bedanken die een bijdrage heeft geleverd aan dit onderzoek en aan het slagen van mijn studie. Allereerst wil ik mijn scriptiebegeleiders Roland Bal en Sonja Jerak-Zuiderent bedanken voor hun professionele inzichten en steeds weer stimulerende en opbouwende feedback tijdens het doen van mijn onderzoek en het schrijven van deze scriptie. Roland en Sonja, ik heb jullie begeleiding enorm gewaardeerd. Ook heel veel dank aan het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, dat mij zo gastvrij heeft ontvangen. Door de enthousiaste en onvoorwaardelijke medewerking van alle respondenten, heb ik de kans gekregen de werking van prestatie-indicatoren in de praktijk te zien en te ervaren. Er is een ziekenhuiswereld voor mij open gegaan. Ook een woord van dank aan mijn familie en vrienden voor hun niet aflatende warme interesse en betrokkenheid bij mijn wel en wee tijdens deze studie. En last but not least heel veel dank aan mijn gezin. Mijn man en maatje Djura bedank ik voor zijn onvoorwaardelijke steun. Djura, zonder jou was deze studie nooit gelukt. Jij was de rots in de branding voor ons gezin en mijn sparringpartner bij mijn studie en ook tijdens het schrijven van deze scriptie. Mijn kinderen bedank ik voor al het geduld dat zij met mij hebben opgebracht. Tamara en Ivan, vanaf nu staan jullie weer helemaal op de eerste plaats. De klus is geklaard: deze studieprestatie is geleverd!

## SAMENVATTING

---

In het overheidsbeleid is de laatste jaren steeds meer nadruk komen te liggen op het zichtbaar en meetbaar maken van de kwaliteit van de gezondheidszorg met behulp van prestatie-indicatoren. Het doel van het overheidsbeleid is tweeledig: het organiseren van een transparante vorm van publieke verantwoording en het stimuleren van zorgorganisaties en -professionals om werk te maken van kwaliteitsverbetering. Uit de literatuur blijkt echter dat deze verschillende doelen hun eigen indicatoren nodig hebben. Tussen 'interne' en 'externe' indicatoren bestaan belangrijke verschillen. Interne indicatoren moeten gedetailleerd zijn en specifiek inzicht geven in het zorgproces. Externe indicatoren moeten een globaal inzicht geven in processen en uitkomsten, uitputtend gevalideerd zijn en relevante verschillen in de context inzichtelijk maken. Validatie is nodig om tot een faire en reële vergelijking te kunnen komen. De vraag die dit oproept is of het mogelijk is om met de ontwikkelde basisset prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen tegelijkertijd de doelen van externe verantwoording en interne kwaliteitsverbetering te realiseren.

In deze afstudeerscriptie is onderzoek gedaan naar de wijze waarop een ziekenhuis vorm en inhoud geeft aan de externe prestatie-indicatoren. Specifiek is onderzocht of en op welke wijze prestatie-indicatoren geïnternaliseerd worden en of er een samenhang bestaat tussen internalisering en verbetering van de zorgpraktijk. De onderzoeksvraag was: *Hoe ziet het proces van internalisering van de externe prestatie-indicatoren decubitus en pijn na een operatie ten behoeve van kwaliteit van zorg in het Sint Lucas Andreas ziekenhuis er uit?*

Om de probleemstelling te kunnen beantwoorden is een explorerend kwalitatief onderzoek uitgevoerd bij het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis te Amsterdam. Het ziekenhuis is een niet-academisch, topklinisch opleidingsziekenhuis en aangesloten bij het kwaliteitsprogramma Sneller Beter. Het ziekenhuis is gelegen in Amsterdam-West en acteert in de sterk concurrerende omgeving. In het onderzoek is het proces van internalisering rond twee specifieke prestatie-indicatoren in beeld gebracht, te weten: decubitus en pijn na een operatie. De data voor het onderzoek zijn verkregen uit documentenanalyse, semi-gestructureerde interviews en observaties van het verpleegkundig zorgproces op diverse verpleegafdelingen.

Uit deze casestudie blijkt dat de prestatie-indicatoren binnen het ziekenhuis hebben geleid tot een proces van internalisering. Het proces is gestart met de onderkenning van het belang van prestatie-indicatoren door het management van het ziekenhuis. De verplichting jaarlijks te rapporteren op de basisset prestatie-indicatoren heeft intern geleid tot een structuur van verantwoordelijkheden en een 'standaard werkwijze' voor de dataverzameling. Hiermee zijn de prestatie-indicatoren werkend gemaakt voor externe verantwoording. Ook hebben de indicatoren een proces van kwaliteitsverbetering in gang gezet. Ondergemiddelde scores op de prestatie-indicatoren decubitus en pijn, ervaren externe druk vanuit de Inspectie en zorgverzekeraar AGIS en angst voor imagooverlies, waren hiervoor belangrijke prikkels. Dit heeft geleid tot een nadere analyse van de zorg, detectie van problemen in het werkproces en nieuw zorgbeleid. Door middel van kwaliteitsprojecten onder het programma Sneller Beter is vervolgens voor zowel decubitus als pijn een cyclisch proces van kwaliteitsverbetering tot stand gekomen. Op deze manier zijn de externe prestatie-indicatoren in het Sint Lucas Andreas ook werkend gemaakt voor kwaliteitsverbetering. Het kwaliteitsprogramma Sneller Beter is daarbij gebruikt als motor voor een verdere internalisering van de prestatie-indicatoren in de organisatie.

De conclusie van het onderzoek is dat het tweeledige doel van de prestatie-indicatoren voor beide zorgaspecten is bereikt. Deze case wijst er op dat een internaliseringsproces van de prestatie-indicatoren kan leiden tot verbetering van de zorgpraktijk. Verder blijkt uit dit onderzoek dat de prestatie-indicatoren decubitus en pijn na operatie zowel geschikt zijn als verantwoordingsinstrument (extern doel) en als verbeterinstrument (intern doel). Deze bevinding draagt bij aan de verandering van ideeën over het onderscheid tussen interne en externe indicatoren. Het ondersteunt de conceptualisering van Bal dat indicatoren niet 'in essentie' intern of extern zijn, maar intern of extern moeten worden gemaakt in een proces van internalisering en externalisering.



## SUMMARY

---

Recent policy of the Dutch Government is to make quality of health care visible and measurable by means of performance indicators. This policy has two purposes: the arrangement of a transparent way of public accountability and the stimulation of health care organizations and workers (professionals) to improve the quality of their work. The literature about indicators makes clear that these different purposes need their own indicators. Important differences exist between 'internal' and 'external' indicators. Internal indicators have to be detailed and to give specific insight in the process of care. External indicators have to give a global insight in processes and outcomes. They have to be valid and give insight in relevant differences in the context of organizations. Validation is necessary to make fair and real comparisons. The question raised in this thesis is whether it is possible with the developed set of performance indicators for hospitals to simultaneously realize the goals of external accountability and internal quality-improvement.

Research has been done into the way a hospital has given form and content to the external performance indicators. Specifically, the research asks if and in which way performance indicators are internalised and if there is a connection between internalisation and the improvement of the practice of care. The research-question was: *How does the process of internalisation of the external performance indicators decubitus ulcers and pain after operative surgery in the Saint Lucas Andreas Hospital take place?*

To answer the research question an explorative qualitative research has been performed in the Saint Lucas Andreas Hospital. The hospital is a non-academic, top clinical educational hospital and affiliated to the quality improvement program Better Faster (Sneller Beter). The hospital acts in the very competitive environment of the Amsterdam region. In this research the process of internalisation of two specific indicators has been pictured: decubitus ulcers and pain after operative surgery. Data collection for this research took place through an analysis of documents, semi-structured interviews and observations of the nursing care process at several nursing departments.

This case study demonstrates that performance indicators in the Saint Lucas Andreas Hospital have led to a process of internalisation. The process has been started with the recognition of the interest of performance indicators by hospital management. The obligation to report every year at the set of performance indicators has led to a structure of responsibilities and a 'standard method' of data collection. In this way performance indicators have been made 'working' for external accountability. The performance indicators also have set in motion a process of quality-improvement. Lower than average scores at the indicators decubitus ulcers and pain, experienced external pressure from the Health Inspectorate (IGZ) and the health insurance company AGIS and fear for loss of reputation, were important triggers. This has led to an analysis of care, detection of problems in the working-process and new care policies. With the help of quality-projects of the program Better Faster a cyclic process of quality-improvement for decubitus ulcers as well as pain has been achieved. In this way in the Saint Lucas Andreas Hospital, the external performance indicators have also been made 'working' for the improvement of the quality of care. In this process the quality improvement program Better Faster has been used as a vehicle for further internalisation of performance-indicators in the organization.

The conclusion of this research is that the twofold purpose of the performance indicators for both aspects of care has been reached. This case suggests that the process of internalisation of the performance indicators can lead to improvement of the quality of care. Further the research demonstrates that the performance indicators decubitus ulcers and pain are useful as an instrument for accountability (external purpose) and as an instrument for improvement (internal purpose). This finding contributes to a reconceptualisation of the distinction between internal and external indicators, supporting Bal's suggestion that indicators are not 'in essence' internal or external, but have to be made such in processes of internalisation and externalisation.

## INHOUDSOPGAVE

---

<b>Voorwoord</b>	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>4</b>
<b>Summary</b>	<b>5</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>8</b>
1.1 Toezicht op kwaliteit van zorg	8
1.2 Prestatie-indicatoren en kwaliteit van zorg	9
1.3 Doelstelling onderzoek	9
1.4 Onderzoeksvragen	9
1.4.1 Hoofdvraag	9
1.4.2 Deelvragen	10
1.5 Leeswijzer	10
<b>2. Theoretisch kader</b>	<b>11</b>
2.1 Kwaliteit van zorg	11
2.2 Wat zijn indicatoren?	12
2.3 Functies van indicatoren	13
2.4 Belang van onderscheid tussen interne en externe indicatoren	14
2.5 Effecten prestatie-indicatoren	14
2.6 Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen	15
2.7 Spanning tussen externe en interne doelen van prestatie-indicatoren	16
2.8 Prestatie-indicatoren en kwaliteitsverbetering	17
2.8.1 De term internaliseren	17
2.8.2 Plan-Do-Study-Act-cyclus	18
2.8.3 Externe druk en intrinsieke motivatie	19
2.8.4 Articulation work	19
<b>3. Methodologische verantwoording</b>	<b>20</b>
3.1 Kwalitatief onderzoek	20
3.2 Literatuurstudie	20
3.3. Empirisch onderzoek	20
3.3.1 Documentenanalyse	21
3.3.2 Interviews	21
3.3.3 Observaties	22
3.4 Methode van data-analyse	22
3.5 Kwaliteit van het onderzoek	22
3.5.1 Betrouwbaarheid	22
3.5.2 Validiteit	23
<b>4. Verantwoording organisatie en indicatoren onderzoek</b>	<b>24</b>
4.1 Casusselectie	24
4.2 Het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis: een kader	24
4.3 Prestatie-indicatoren van het onderzoek	25
4.4 Motivatie keuze prestatie-indicatoren	26
<b>Resultaten:</b>	
<b>5. Belang, Sneller Beter en Externe dataverzameling</b>	<b>27</b>
5.1 Het belang van prestatie-indicatoren voor het management	27
5.1.1 Prestatie-indicatoren een goede ontwikkeling	27
5.1.2 Belang ranglijst en imago	27
5.1.3 Belang prestatie-indicatoren en kwaliteit van zorg	29

5.2. Kwaliteitsprogramma Sneller Beter	31
5.2.1 Keuze voor Sneller Beter	31
5.2.2 Inbedding van prestatie-indicatoren van de IGZ in Sneller Beter	31
5.2.3 Sneller Beter en gebruik indicatoren	31
5.2.4 Kwaliteitsprojecten Decubitus en Pijnbeheersing	32
5.3 Dataverzameling voor externe verantwoording	33
5.3.1 Voorwaarden dataverzameling prestatie-indicatoren	33
5.3.2 Proces dataverzameling voor externe rapportage	34
5.3.3 Opvallendheden externe dataverzameling decubitus en pijn na operatie	35
<b>Resultaten:</b>	
<b>6. Prestatie-indicatoren en primaire proces</b>	<b>38</b>
6.1 Prestatie-indicatoren voor professionals en kwaliteit van zorg	38
6.2 Nieuwe manier van zorgverlening	39
6.3 Decubitus zorgproces en ondersteuning van prestatie-indicatoren	41
6.4 Kwaliteit van de decubituszorg	43
6.5 Zorgproces Pijn na operatie en ondersteuning van prestatie-indicatoren	44
6.6 Kwaliteit van zorg: pijnbeheersing	46
<b>7. Discussie</b>	<b>48</b>
7.1 Theoretische discussie: koppeling resultaten aan hoofdvraag en theoretisch kader	48
7.2 Methodologische discussie	54
<b>8. Conclusie en aanbevelingen</b>	<b>55</b>
8.1 Conclusie	55
8.2 Aanbevelingen	56
<b>Literatuurlijst en bronnen</b>	<b>57</b>
<b>Bijlagen</b>	<b>61</b>
Bijlage 1: Topiclijst interviews	62
Bijlage 2: Tekst IGZ- prestatie-indicatoren decubitus en pijn na operatie	63
Bijlage 3: Uitleg Visual Analogue Scale	72
Bijlage 4: Functiebeschrijving aandachtsvelder Decubitus	73
Bijlage 5: Scores prestatie-indicator decubitus 2007 SLAZ	75
Bijlage 6: Scores prestatie-indicatoren pijn na operatie 2007 SLAZ	77
Bijlage 7: Protocol decubitus	80
Bijlage 8: Protocol pijnbeleid	82
Bijlage 9: Grafische overzichten decubitus en pijn (feedback projecten)	84
Bijlage 10: Registratieformulier Decubitus Sneller Beter 3	86
Bijlage 11: Formulier VAS registratie pijnscore	87

## 1. INLEIDING

---

### 1.1 Toezicht op kwaliteit van zorg

In de Grondwet is bepaald dat de Nederlandse overheid maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid (GW Art. 22:1). Dit houdt in dat de overheid de plicht heeft zorg te dragen voor zowel de feitelijke en financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg als voor de kwaliteit van de gezondheidszorg (Hermans & Buijsen 2006). In de Kwaliteitswet Zorginstellingen is vastgelegd dat zorginstellingen primair verantwoordelijk zijn voor het leveren van kwalitatief goede zorg. De overheid blijft eindverantwoordelijk, maar op afstand. De Inspectie voor de Volksgezondheid (IGZ) is belast met het toezicht op de volksgezondheid. Om effectief toezicht te kunnen houden op de kwaliteit van de zorg, heeft de IGZ in 2004 het gefaseerd toezicht ingevoerd. In drie fasen probeert de IGZ op basis van risicodetectie te achterhalen waar de kans op schade voor de patiënt het grootst is. De eerste fase is de informatiefase. Bij zorginstellingen en individuele beroepsbeoefenaren worden gegevens verzameld op basis waarvan de IGZ een risico-inschatting maakt. Indien daartoe aanleiding is doet de IGZ in de tweede fase nader onderzoek (inspectiefase). In de derde fase (interventiefase) neemt de IGZ zo nodig maatregelen als er sprake is van onderprestatie (IGZ 2008). Om in de eerste fase inzicht te krijgen in de kwaliteit van de zorg heeft de IGZ prestatie-indicatoren ontwikkeld voor allerlei sectoren in de gezondheidszorg. Aan de hand van deze basissets prestatie-indicatoren moeten zorginstellingen jaarlijks extern verantwoording afleggen over hun prestaties.

### 1.2 Prestatie-indicatoren en kwaliteit van zorg

Prestatie-indicatoren zijn geen nieuw fenomeen, ook in de Nederlandse gezondheidszorg worden zij al langer gebruikt. Tot voor kort hadden zij echter met name betrekking op financiële parameters zoals bijvoorbeeld ligdagen. Recent zijn prestatie-indicatoren ook gekoppeld aan kwaliteit van zorg. Dit past in de context van de ontwikkelingen die plaatsvinden in de Nederlandse gezondheidszorg. De stelselherziening curatieve zorg heeft geleid tot invoering van (gereguleerde) marktwerking en in 2006 tot een nieuwe basisverzekering. Doel van de marktwerking is te komen tot een meer doelmatige zorgverlening door een versterking van de vraagzijde. Zorgverzekeraars hebben de rol gekregen op te treden als prijs- en kwaliteitsbewuste inkopers van zorg voor hun verzekerden. Professionals en zorginstellingen kunnen zelf beslissen hoe zij de zorg vormgeven zolang de uitkomst – maximale gezondheidswinst en een tevreden patiënt voor een redelijke prijs- gehandhaafd blijft (IGZ 2006a). Daarnaast is het toezicht van de overheid versterkt. De IGZ is de bewaker van de kwaliteit van zorg. Het monitoren van de kwaliteit van de gezondheidszorg is echter niet mogelijk zonder het gebruik van (klinische) indicatoren (Mainz 2003). Prestatie-indicatoren worden gezien als een manier om te kunnen beoordelen of de uitkomsten van de zorg aan de verwachtingen voldoen. Voor de ziekenhuizen is hiervoor de basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen ontwikkeld. Deze basisset komt (jaarlijks) tot stand in samenwerking tussen de IGZ, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Vereniging van ziekenhuizen (NVZ) en de Orde van Medisch Specialisten (OMS), waarbij elke partij een eigen verantwoordelijkheid heeft. Voor de IGZ maken de prestatie-indicatoren deel uit van het gefaseerd toezicht. De brancheorganisaties hechten er belang aan dat de prestatie-indicatoren geschikt zijn voor interne sturing en voor het afleggen van maatschappelijke verantwoording door de ziekenhuizen. Naast het afleggen van externe verantwoording is dus ook het stimuleren van interne kwaliteitsverbetering een doel (IGZ 2008).

Over de relatie tussen verantwoordingsprocessen op basis van prestatie-indicatoren en het verbeteren van de kwaliteit van zorg bestaat echter nog veel discussie. Volgens sommigen is er een directe relatie tussen beiden. De Raad van de Volksgezondheid stelt op zijn website: "Openbaarmaking is een sterke prikkel tot goede prestaties en we gunnen ieder een goede score. Dit is in ieders belang, maar vooral dat van de duizenden patiënten die daardoor langer kunnen blijven leven". De IGZ drukt zich voorzichtiger uit. De Inspecteur Generaal

voor de Gezondheidszorg stelt: “Het afleggen van verantwoording aan de buitenwereld over bereikte prestaties in de gezondheidszorg is normaal geworden. Gelukkig worden prestatie-indicatoren ook steeds vaker gebruikt om de binnenwereld, het ziekenhuis en de professionals die daarin werkzaam zijn, te laten zien welke goede resultaten zijn bereikt, of hoe het beter kan. En dat resultaat blijft tellen” (IGZ 2006a:6). Deze directe relatie tussen openbaarmaking van scores op prestatie-indicatoren en kwaliteit van zorg wordt echter lang niet altijd ondersteund. Sommigen geven aan dat het rapporteren op prestatie-indicatoren een ritueel kan worden binnen een zorginstelling zonder dat hier directe effecten op het primaire proces van zorgverlening van uit hoeven te gaan (Pollitt 2006; Wiener 2000). Ook kunnen zorginstellingen zich teveel gaan richten op prestatie-indicatoren waardoor bijvoorbeeld niet-meetbare aspecten van zorg buiten beeld raken (tunnelvisie) of andere vormen van ‘perverse effecten’ zoals *gaming* optreden (Bevan 2004; Pitches et al. 2003).

Uit diverse onderzoeken van onder andere Bal, Jerak-Zuiderent en Wiener blijkt dat prestatie-indicatoren niet automatisch leiden tot kwaliteitsverbetering. Prestatie-indicatoren doen hun ‘werk’ niet uit zichzelf maar er is ‘werk’ nodig om ze te activeren. Het is echter nog niet bewezen dat in een proces van ‘internalisering’ ook kwaliteit wordt bevorderd.

### 1.3 Doelstelling onderzoek

Dit onderzoek probeert inzicht te geven in hoe in de dagelijkse praktijk van een ziekenhuis invulling wordt gegeven aan externe prestatie-indicatoren. Onderzocht is of en op welke wijze prestatie-indicatoren ‘geïnternaliseerd worden’ en of er een samenhang bestaat tussen ‘internalisering’ en ‘verbetering van zorgpraktijken’. Het onderzoek heeft ten doel een bijdrage te leveren aan de maatschappelijke discussie over de relatie tussen verantwoordingsprocessen op basis van prestatie-indicatoren en de verbetering van kwaliteit van zorg. Verder kan het inzichtelijk maken van het internaliseringsproces andere ziekenhuizen in staat stellen hiervan te leren en goede ideeën over te nemen.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden bij één ziekenhuis. Het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis in Amsterdam was bereid mij als onderzoeker gedurende langere tijd mee te laten kijken wat er in haar zorginstelling gebeurt rond prestatie-indicatoren. In het onderzoek zijn twee specifieke prestatie-indicatoren gevolgd, te weten: *decubitus en pijn na een operatie*.

De centrale doelstelling van dit onderzoek is meer inzicht te krijgen in de wijze waarop in het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis *intern invulling* wordt gegeven *aan kwaliteit van zorg* in relatie tot de *externe verantwoording van haar performance* door middel van de basisset *prestatie-indicatoren* van de IGZ in het algemeen en de prestatie-indicatoren *decubitus en pijn na een operatie* in het bijzonder.

### 1.4 Onderzoeksvragen

#### 1.4.1 Hoofdvraag

In dit onderzoek wordt een antwoord gezocht op de volgende onderzoeksvraag:

*Hoe ziet het proces van internalisering van de externe prestatie-indicatoren decubitus en pijn na een operatie ten behoeve van kwaliteit van zorg in het Sint Lucas Andreas ziekenhuis er uit?*

### **1.4.2 Deelvragen**

Om de hoofdvraag van dit onderzoek te kunnen beantwoorden zijn een viertal deelvragen geformuleerd. De antwoorden op deze deelvragen zullen tezamen het antwoord vormen op de hoofdvraag.

1. Wat is het belang van prestatie-indicatoren voor het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis?
2. Hoe verhouden de prestatie-indicatoren zich tot andere kwaliteitssystemen of -programma's binnen het ziekenhuis?
3. Hoe is de dataverzameling voor externe verantwoording voor de prestatie-indicatoren decubitus en pijn na operatie georganiseerd?
4. Hoe is de zorg rond decubitus en pijn na operatie georganiseerd en welke rol spelen de betreffende prestatie-indicatoren in deze zorgprocessen?

### **1.5 Leeswijzer**

In dit hoofdstuk staat de kern en de doelstelling van dit onderzoek beschreven. In het volgende hoofdstuk wordt het theoretisch kader weergegeven van waaruit het empirisch onderzoek heeft plaatsgevonden. In het theoretisch kader wordt ingegaan op de begrippen kwaliteit en prestatie-indicatoren, de functies van prestatie-indicatoren, de basisfilosofie van de basisset prestatie-indicatoren en de spanning tussen de verschillende doelen. Verder worden verschillende aspecten in relatie tot prestatie-indicatoren en kwaliteitsverbetering belicht. In hoofdstuk 3 wordt een methodologische verantwoording van het onderzoek gegeven. Hierin komen aan de orde: het design van het onderzoek, de onderzoeksmethoden, de methode van data-analyse en de wijze waarop ik als onderzoeker de kwaliteit van het onderzoek heb geprobeerd te waarborgen. In het vierde hoofdstuk wordt de selectie van de casus toegelicht, een korte organisatiebeschrijving gegeven en ingegaan op de prestatie-indicatoren van dit onderzoek. Vervolgens worden in het vijfde en zesde hoofdstuk de belangrijkste en opvallendste bevindingen van dit empirische onderzoek gepresenteerd. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op het belang van prestatie-indicatoren voor het management, de relatie tussen prestatie-indicatoren en het kwaliteitsprogramma Sneller Beter en de dataverzameling voor externe verantwoording. Omdat de integratie van prestatie-indicatoren in het primaire proces de kern is van internalisering, wordt in hoofdstuk 6 apart op deze resultaten ingegaan. In hoofdstuk 7 worden in de theoretische discussie de resultaten van het onderzoek verbonden aan de hoofdvraag en het theoretisch kader. In de methodische discussie wordt gereflecteerd op de uitvoering van het onderzoek. Tot slot is in het laatste hoofdstuk de conclusie van dit onderzoek te lezen, gevolgd door een aantal aanbevelingen. Achter deze hoofdstukken is de literatuurlijst te vinden, gevolgd door de bijlagen.

## 2. THEORETISCH KADER

---

In dit hoofdstuk wordt op verschillende aspecten rond prestatie-indicatoren ingegaan. Om de brede begrippen kwaliteit van zorg en indicatoren in te kaderen en richting te geven aan het onderzoek, wordt uitgelegd wat hieronder wordt verstaan. Beschreven wordt wat de verschillende functies en effecten van indicatoren zijn. Verder wordt specifiek ingegaan op de filosofie achter de basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen en de spanning tussen de diverse doelen van deze prestatie-indicatoren. Tot slot wordt de link gelegd tussen prestatie-indicatoren en internaliseren en een aantal aspecten van kwaliteitsverbetering.

### 2.1 Kwaliteit van zorg

Artikel 22, lid 1 van de Grondwet bepaalt dat de Nederlandse overheid maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid. Het grondrecht op gezondheidszorg houdt onder meer in dat de overheid de plicht heeft zorg te dragen voor de feitelijke en financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg alsmede voor de kwaliteit van de gezondheidszorg (Hermans & Buijsen 2006). Het is dus de taak van de overheid zorg te dragen voor een redelijke kwaliteit van de gezondheidszorg.

Om invulling te geven aan deze verantwoordelijkheid heeft de overheid (sinds het midden van de jaren negentig) allerlei kwaliteitswetgevingen geformuleerd, zoals de kwaliteitswet Zorginstellingen, de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, de Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst en de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector. Elke wet heeft zijn eigen regels om de kwaliteit van de gezondheidszorg te bewaken. Daarnaast heeft de overheid een ontwikkeling in gang gezet voor het meten van de performance van gezondheidszorgorganisaties aan de hand van prestatie-indicatoren. De basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen is hiervan een voorbeeld.

Door al deze ontwikkelingen is de belangstelling voor de kwaliteit in de gezondheidszorg de laatste jaren sterk toegenomen. Om zinvol te kunnen spreken over kwaliteit en kwaliteitszorg is een zekere consensus over een definitie van kwaliteit essentieel. Dit bevordert de communicatie en de coördinatie van het handelen (Harteloh & Casparie 2001). Kwaliteit is een abstract begrip en het is multidimensioneel. Het wordt op verschillende wijzen ingevuld en geïnterpreteerd. In het rapport 'Crossing the Quality Chasm' van het Institute of Medicine (2001) worden zes pijlers voor kwaliteit van zorg genoemd. Deze pijlers zijn: veiligheid, effectiviteit, efficiency, patiëntgerichtheid, toegankelijkheid en tijdigheid. Het is niet mogelijk om één definitie aan te wijzen tot de definitie van kwaliteit. Het oordeel over de kwaliteit van de zorg in een bepaalde situatie is namelijk afhankelijk van de omstandigheden en de betrokkenen (Harteloh & Casparie 2001). Ook Wollersheim et al. (2006) geven aan dat wat onder goede zorg verstaan wordt een zaak van context en perspectief is en dus van een voortdurend debat tussen bij de zorg betrokken partijen. Voor patiënten wordt kwaliteit mede bepaald door de manier waarop zij worden bejegend. Voor zorgverleners zijn professionaliteit en effectiviteit belangrijke factoren om een uitspraak te doen over de kwaliteit van de zorgverlening. Zorgverzekeraars vinden doelmatigheid een belangrijk aspect van kwaliteit. Een voor dit onderzoek passende definitie van kwaliteit is die van Harteloh en Casparie (2001:20):

*Er is sprake van kwaliteit, indien er een optimale verhouding bestaat van het gerealiseerde ('uitkomsten') ten opzichte van verwachtingen met betrekking tot een bepaald aspect van de (gezondheids)zorg.*

Deze theoretische definitie van kwaliteit geeft de mogelijke betekenissen van het concept kwaliteit van zorg aan. Daarnaast geven Harteloh en Casparie (2001) ook een empirische definitie van kwaliteit, gebaseerd op een Amerikaans onderzoek: *Quality is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge* (Institute of Medicine 1990). Deze definitie is een beschrijving van wat er in het op een bepaald moment gangbare

taalgebruik, onder kwaliteit van zorg wordt verstaan. Deze definitie is nog steeds actueel en wordt door vele auteurs aangehaald.

Met het oog op het meten van kwaliteit van de gezondheidszorg heeft Donabedian (1980) onderscheid gemaakt tussen drie aspecten: structuur, proces en uitkomst. Deze begrippen worden als volgt omschreven:

*Structuur:* dit zijn de voorwaardenscheppende factoren van (het primaire proces van) de gezondheidszorg. In de structuurkenmerken van de gezondheidszorg liggen de mogelijkheden en voorwaarden voor een goede kwaliteit van het zorgproces besloten.

*Proces:* de feitelijke uitvoering van de zorgverlening. Dit betreft zowel de medische interventie (geneeskunde), als de verzorgende en verplegende handelingen en activiteiten van ondersteunende diensten.

*Uitkomst:* dit is het resultaat van de zorgverlening in termen van gezondheid, de uiteindelijke tot stand gekomen verandering in een toestand van een patiënt of populatie die aan een (geneeskundige) interventie kan worden toegeschreven (Donabedian 1980 in Harteloh & Casparie 2001)

## 2.2 Wat zijn indicatoren?

Indicatoren worden in de literatuur op verschillende wijzen gedefinieerd. Volgens Harteloh en Casparie (2001:115) is een indicator “een (meet)gegeven met betekenis voor kwaliteitszorg en kent hierdoor een normerend karakter”. Schellekens en van Everdingen (2001:139) omschrijven een indicator als “een meetbaar fenomeen (veelal een getal) dat een signalerende functie heeft bij afwijking van een norm, zodat bijsturing mogelijk is”. Het kwaliteitsorgaan voor de gezondheidszorg CBO (2008) sluit zich aan bij deze definitie. Een toonaangevende definitie is die van de Raad voor Gezondheidsonderzoek:

*“Een indicator is een meetbaar element van de zorgverlening dat functioneert als een mogelijke aanwijzing voor de kwaliteit van zorg”*

Groenewoud en Huijsman merken op, dat welke definitie van het begrip indicator ook wordt gehanteerd, het belangrijkste kenmerk steeds zal terugkeren: “een indicator geeft informatie die *mogelijk* een afspiegeling is van de prestaties of kwaliteit van een object in de gezondheidszorg” (Groenewoud & Huijsman 2003:21). Er is dus geen duidelijke causale ‘één-op-één-relatie’ tussen het gemeten verschijnsel en de werkelijke kwaliteit of prestaties. Een indicator meet dus geen kwaliteit maar geeft, zoals het woord al zegt, een *indicatie* van de prestaties of van de kwaliteit. Een indicator geeft aanleiding tot nader onderzoek om te komen tot kwaliteitsverbetering. “Een prestatie-indicator geeft geen antwoord, maar maakt beter vragen mogelijk” (Meijerink et al. 2003:1532). Schellekens et al. (2003) benadrukken dat “de sleutel voor succesvol gebruik van prestatie-indicatoren ligt in het besef van de beperktheid ervan.... Het gaat om een signaal dat er iets aan de hand kan zijn; een signaal dat moet worden geanalyseerd en geïnterpreteerd, voordat zinvolle actie mogelijk wordt” (Schellekens et al 2003:293). Gesteld kan worden dat alleen het meten van een uitkomst niet voldoende is. Om de resultaten van een meting te kunnen gebruiken, moet aan de uitkomsten van de meting (data) betekenis worden gegeven. Pas als aan data betekenis wordt gegeven ontstaat informatie (Weggeman 2001). Om betekenis te kunnen geven is het nodig dat de data in een context geplaatst worden. Groenewoud en Huijsman (2003) stellen dat behalve de context, het bij de discussie over prestaties in de gezondheidszorg ook van belang is om de actor vast te stellen, alsmede het perspectief van waaruit deze actor redeneert. Bij het ontwikkelen en interpreteren van prestatie-indicatoren moet steeds geredeneerd worden vanuit één context, actor en perspectief tegelijk. Dit om een eenduidig referentiekader te creëren en spraakverwarring te voorkomen. Het is belangrijk dat een indicator door alle gebruikers éénduidig geïnterpreteerd wordt.



### 2.3 Functies van prestatie-indicatoren

In de literatuur worden meerdere functies van prestatie-indicatoren en prestatiemeting beschreven. De belangrijkste functies zijn *verbetering* en *verantwoording* van prestaties (Berg & Schellekens 2002; Groenewoud & Huijsman 2003). Ofwel het onderscheid van indicatoren voor intern- of extern gebruik. Er zijn belangrijke verschillen tussen beide typen indicatoren.

#### *Interne functie van indicatoren:*

Het verbeteren van prestaties is een interne functie. Interne indicatoren kunnen door zorgaanbieders worden gebruikt om zorgprocessen te sturen en te verbeteren. Deze indicatoren kunnen zorgprofessionals en leidinggevenden inzicht geven in de resultaten van de zorgprocessen; zij moeten knelpunten signaleren zodat deze geanalyseerd en verbeterd kunnen worden (Berg & Schellekens 2002; Berg et al 2005).

Voor een interne indicator is uitputtende validering niet nodig. Het gaat namelijk om voor- en nametingen in de eigen situatie waar veel variabelen hetzelfde blijven (Berg & Schellekens 2002). Benodigde nuance of toelichting kan door de professionals zelf worden geïnterpreteerd omdat voor hen de context van de gegevens bekend is. Kleine steekproeven en weinig bepalingen voldoen meestal: de pragmatiek van het verbeterproces gaat boven het universele gebruik van gegevens (ibid.). Interne indicatoren zijn irrelevant en onbruikbaar voor het grote publiek (Groenewoud & Huijsman 2003). Zij kunnen de gegevens namelijk niet goed interpreteren omdat zij de contextuele informatie niet bezitten.

#### *Externe functie van indicatoren:*

Naast een interne functie kunnen indicatoren ook een externe functie vervullen, te weten voor externe verantwoording en transparantie (Groenewoud & Huijsman 2003; Schellekens et al. 2003). Externe indicatoren worden gebruikt om derden inzicht te geven in de kwaliteit die een zorgaanbieder levert en deze te beoordelen. Daarnaast bieden externe indicatoren de mogelijkheid om zorgaanbieders onderling te vergelijken (Berg & Schellekens 2002; Berg et al. 2005). Voor een onderlinge vergelijking op hoofdpunten is een globaal inzicht in processen nodig. Om tot een faire en reële vergelijking te kunnen komen is bij externe indicatoren uitputtende validering cruciaal: correctie voor alle mogelijke relevante verschillen in zorgcontext is noodzakelijk. Dit vereist een nauwgezette dataverzameling. Externe indicatoren moeten gebaseerd zijn op grote steekproeven met een hoog aggregatieniveau.

Externe indicatoren zijn dus meestal bedoeld voor publiek gebruik. Het creëren van transparantie in de prestaties van het zorgaanbod, past in de ontwikkeling van het gezondheidszorgstelsel naar een meer vraaggericht systeem met marktwerking, waarbij informatieachterstand bij zorggebruikers moet worden weggenomen (Groenewoud & Huijsman 2003). Schellekens et al. (2003) geven aan dat publieke prestatie-indicatoren een vierledig doel hebben. Ten eerste geven ze patiënten vertrouwen in de gezondheidszorg en ten tweede kunnen patiënten zo kiezen voor de beste zorgaanbieder. Ten derde is het een manier om verantwoording af te leggen. Tenslotte is het publiceren van prestaties een stimulans voor zorgaanbieders om de zorg te verbeteren: een methode waarbij een noodzaak tot organisatieverandering ontstaat.

Gebruikers van externe indicatoren zijn de overheid, de IGZ, zorgverzekeraars en patiënten/consumenten. Het gebruikersdoel van externe prestatiegegevens verschilt per gebruiker (Groenewoud & Huijsman 2003). De overheid zal informatie over prestaties met name gebruiken voor het (be)sturen en voor allocatie van middelen. De IGZ heeft als kerntaak het toezicht houden op de kwaliteit van gezondheidszorg. Prestatie-indicatoren maken deel uit van het gefaseerde toezicht. Patiënten/consumenten zullen op basis van kennis over prestaties kiezen voor het beste zorgaanbod of -product. Ook de zorgverzekeraar is hierin geïnteresseerd.

## 2.4 Belang van onderscheid tussen interne en externe indicatoren

Interne en externe indicatoren worden vaak als twee zijden van dezelfde medaille beschouwd. Immers inzicht in het functioneren van zorgprocessen is zowel voor zelfsturing als voor externe verantwoording noodzakelijk (Berg & Schellekens 2002). Er zijn echter belangrijke verschillen tussen beide typen indicatoren: elk type indicator heeft namelijk zijn eigen karakter. Indicatoren kunnen niet los gezien worden van de doelen waarvoor zij worden ingezet. Schellekens et al. (2003) verwoorden dit als volgt: “elk sturingsniveau heeft zijn eigen doelen en heeft dus zijn eigen indicatoren nodig. Deze indicatoren overlappen elkaar slecht gedeeltelijk” (Schellekens et al. 2003:293). Berwick (1998: in Berg & Schellekens 2002:1205) stelt dat “*measuring for improvement is not measurement for judgement*”. *Improvement* vereist een cultuur van onderling vertrouwen in elkaars intenties, in het gezamenlijke doel van verbetering van de patiëntenzorg en in de zorgvuldige behandeling van “softe” getallen (Berg et al 2005:62). Die kan echter snel worden ondermijnd als men de verschillende ‘publieken’ van de indicatoren niet onderscheidt. Transparantie kan alleen verkregen worden met behulp van indicatoren die voor deze doelstelling zijn verzameld. Berg en Schellekens (2002) stellen dat als het onderscheid niet duidelijk wordt gemaakt, het gevaar dreigt dat overheid, zorgverzekeraars of patiëntenorganisaties inzicht willen krijgen in allerlei interne indicatoren. Dit zal leiden tot allerlei onbruikbare bestanden omdat de gegevens niet vergelijkbaar zijn. Verder zullen ook professionals in zo’n situatie niet erg bereid zijn gegevens aan te leveren. Indicatoren die onmisbaar zijn voor interne sturing van het zorgproces, zijn onbruikbaar voor zorgverzekeraars of overheid (Schellekens et al. 2003). “Door het verschil tussen beide indicatoren niet uitdrukkelijk te benoemen is het gevaar reëel dat geen van de doelen ... van indicatoren wordt bereikt” en “als het verschil tussen interne en externe indicatoren wordt verontachtzaamd, gaat veel tijd, energie en vooral geld verloren” (Berg & Schellekens 2002:1203-1205).

Omdat interne en externe indicatoren gebruikt worden voor een andere doelen, worden er andere eisen gesteld aan deze indicatoren. De verschillen tussen interne en externe indicatoren zijn hieronder nogmaals in een tabel weergegeven.

Verschillen tussen interne en externe indicatoren	
Interne indicatoren	Externe indicatoren
Gericht op zelfsturing en verbetering Relevant voor professionals en leidinggevendenden binnen zorgorganisatie Specifiek, gedetailleerd Geen uitputtende validering nodig Registratie aan de bron eenvoudig Irrelevant/onbruikbaar voor publiek Om te leren (niet controleren!) Snel, ‘leuk’, leerzaam Paradigma kwaliteit: goed-beter	Gericht op minimumkwaliteit en vergelijk Relevant voor overheid, inspectie, zorgverzekeraars, patiëntenorganisatie Aspecifiek, globaal Uitputtende validering noodzakelijk Registratie vereist aparte infrastructuur Publiek van aard Om te controleren en te vergelijken Moeilijk, langdurig, potentieel bedreigend Paradigma kwaliteit: goed-slecht

Tabel 1 Verschillen tussen interne en externe indicatoren (Berg & Schellekens 2003)

## 2.5 Effecten prestatie-indicatoren

In de literatuur over prestatie-indicatoren worden heel uiteenlopende effecten van prestatie-indicatoren beschreven. Allereerst wordt verondersteld dat prestatie-indicatoren een positieve bijdrage (kunnen) leveren aan de kwaliteit van zorg. Prestatie-indicatoren kunnen professionals inzicht geven in de resultaten van hun werkprocessen: helpen problemen op te sporen en het werkproces te herontwerpen. Ook kunnen prestatie-indicatoren consumenten en financiers ondersteunen om een *informed judgement* te maken over zorgaanbieders en zal het publiceren van prestatie-informatie het kwaliteitsverbeteringsproces verder stimuleren

(Berg et al. 2005: 59-60). Ook de Raad voor de Volksgezondheid stelt dat openbaarmaking een sterke prikkel is tot goede prestaties (RVZ 2008). De (veronderstelde) positieve effecten van prestatie-indicatoren zijn echter moeilijk vast te stellen. Een betere score op een indicator is niet per se hetzelfde als betere kwaliteit. Sommige auteurs (Wiener 2000; Pollitt 2006) wijzen er zelfs op dat het rapporteren op prestatie-indicatoren een rituele dans binnen zorgorganisaties kan worden zonder dat hier directe effecten op het primaire proces van uit hoeven gaan. Wiener stelt de kritische vragen: “*In our zeal to hold hospitals accountable, we are measuring what is important or simply make important what we can measure?*” (Wiener 2004:82) en “...*led me to ask if it is in fact geared toward making hospitals better or toward making them only look better*” (ibid.:84).

Ook kunnen allerlei perverse effecten optreden, zoals bijvoorbeeld tunnelvisie waarbij een sterke focus op de te meten prestatie-indicator plaatsvindt ten koste van andere onderdelen van kwaliteit van zorg. De Bruijn (2002:5-18) geeft aan dat naarmate sterker wordt gestuurd op output, innovatie wordt verdreven door het belang van een hoge output. Bevan (2004:598) geeft hiervan een goed voorbeeld uit de voormalige Sovjet Unie. Een spijkerfabriek maakte alleen enorm grote spijkers omdat de fabriek en dus de werknemers werden afgerekend op de output prestatie-indicator ‘gewicht’. Verder bestaat de kans op *gaming* zoals *creaming and dumping* waarbij selectie van patiënten plaatsvindt om de score op de indicator te verbeteren (Berg et al. 2005:62; Pitches et al. 2003). Tot slot is manipulatie van allerlei uitkomsten mogelijk, zoals het aanpassen van risicocategorieën (Pitches et al. 2003) of het plegen van (andere vormen van) fraude.

## **2.6 Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen**

Zoals al eerder beschreven is toezicht houden op de kwaliteit van de gezondheidszorg een kerntaak van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Voor een efficiënte invulling van deze taak, maakt de IGZ sinds een aantal jaren gebruik van prestatie-indicatoren. Deze indicatoren richten zich op zaken die in een risicoanalyse de grootste bedreiging vormen voor de patiëntveiligheid, de effectiviteit en de patiëntgerichtheid van de zorg (IGZ 2006a). In 2003 zijn voor de eerste keer de prestaties van de ziekenhuizen gemeten met behulp van de basisset van prestatie-indicatoren ziekenhuizen. Sindsdien zijn ziekenhuizen jaarlijks verplicht het publiek te informeren over hun prestaties aan de hand van deze prestatie-indicatoren.

In het artikel van Berg et al. *Feasibility first: Developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for Dutch Hospitals* (2005) wordt uitgebreid ingegaan op de ontwikkeling en implementatie van de eerste nationale en publieke basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen in Nederland. De auteurs beschrijven dat bij de start van de ontwikkeling van deze basisset de IGZ twee eerste vereisten had. “Allereerst moest coöperatie van ziekenhuizen en professionals worden verkregen. Enerzijds past dit in de Nederlandse wijze van besturen-door-consensus. Anderzijds was het ook noodzakelijk omdat de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU), de Vereniging van ziekenhuizen (NVZ) en de Orde van Medisch Specialisten (OMS) kritisch waren over het gebruik van publieke prestatie-indicatoren. Zij verwachtten namelijk defensieve reacties van professionals en manipulaties van de getallen. Ook was de verschuiving van anonimiteit naar openheid een precair punt. Professionals zijn bezorgd dat “ruwe” gepubliceerde data leiden tot misinterpretatie. De betrokkenheid van ziekenhuizen en professionals was dus essentieel voor het slagen van de invoering van prestatie-indicatoren. Ten tweede wilde de IGZ niet starten met een langdurig project dat pas zou resulteren in bruikbare indicatoren na jaren van fundamenteel grondwerk” (Berg et al. 2005:62). Uit literatuur over indicatoren en ervaringen met indicatorenprojecten elders is namelijk gebleken dat maximaal valide indicatoren niet bestaan. Het nastreven van teveel validiteit is contraproductief, het leidt tot meer werk en minder transparantie (Berg et al. 2005; Meijerink 2003). Verder wilde de IGZ graag binnen een jaar resultaat met beperkte middelen.

Het doel van de IGZ was “een proces op te starten waarin initiatieven voor kwaliteitsverbetering worden gestimuleerd, het afleggen van verantwoording wordt gezien als een kenmerk van een professional en perverse effecten worden geminimaliseerd” (Berg et

al. 2005:64). Om de kracht van indicatoren te benutten en de mogelijke gevaren ervan te voorkomen heeft de IGZ een vijftal uitgangspunten ontwikkeld voor het werken met de basisset prestatie-indicatoren (IGZ 2008; Berg et al. 2005; Meijerink et al. 2003). De volgende vijf uitgangspunten vormen de basisfilosofie van deze basisset:

1. *Een prestatie-indicator geeft een signaal over de kwaliteit van de zorg, op grond waarvan de inspectie kan besluiten nader onderzoek te verrichten* (tweede fase van gefaseerd toezicht).
2. *Ziekenhuizen maken zelf hun resultaten openbaar*. Het doel van de IGZ is met behulp van prestatie-indicatoren de transparantie van de publieke sector te verhogen. Gezien de gevoeligheid van het onderwerp is besloten dat ziekenhuizen hun eigen resultaten publiceren. Zij mogen hun resultaten van een nadere specifieke uitleg voorzien. “Op deze manier is het niet de IGZ die moet demonstreren waarom een score kan worden vergeleken tussen ziekenhuizen, het is het individuele ziekenhuis dat vrij is om te kiezen te beargumenteren waarom hun score niet vergelijkbaar is” (Berg et al. 2005:65)
3. *Interne kwaliteitsverbetering is belangrijk*. De prestatie-indicatoren moeten interne kwaliteitsverbetering in het ziekenhuis stimuleren. Berg et al. (2005:64) stellen “continue kwaliteitsverbetering door ziekenhuizen en professionals zelf, is de enige manier om de kwaliteitskloof te kunnen overbruggen”. Belangrijker dan objectieve vergelijkingen tussen ziekenhuizen is daarom de mogelijkheid in de loop der tijd verbeteringen in het ziekenhuis te traceren.
4. *Registratielast blijft beperkt*. Bij de vaststelling van de Basisset is rekening gehouden met het gegeven dat indicatoren in veel ziekenhuizen al om andere redenen worden geregistreerd. Een verzwaring van de registratiedruk is alleen acceptabel als dat ook tot verbetering van de kwaliteit van zorg leidt.
5. *De basisset is een ontwikkelingsmodel*. Een indicatorenset voor een complexe sector als de ziekenhuiszorg is nooit af. “Het is een illusie te denken dat de kwaliteit van ziekenhuiszorg adequaat kan worden vastgelegd in deze set van ongeveer 30 indicatoren” (ibid.). De ontwikkeling van de indicator is mede afhankelijk van de reacties en de resultaten vanuit de ziekenhuizen.

## **2.7 Spanning tussen externe en interne doelen van prestatie-indicatoren**

Uit de basisfilosofie blijkt dat de basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen voor meerdere doelen is ontwikkeld. Enerzijds voor externe verantwoording: het transparant maken van het functioneren van het ziekenhuis voor zowel IGZ, zorgverzekeraars als publiek. Anderzijds is het doel het stimuleren van interne kwaliteitsverbetering. Deze doelen zijn dus zowel extern als intern gericht. Berg en Schellekens (2002) stellen echter dat het type indicator dat gebruikt wordt afhangt van het doel waarvoor men de indicator wil gebruiken en dat het slechts bij uitzondering mogelijk is om één indicator voor zowel interne als externe doeleinden te gebruiken (Berg & Schellekens 2002:1204). Hier is dus een spanning waar te nemen. Volgens Berg & Schellekens (2002) is het *niet mogelijk* één set van indicatoren voor zowel interne als externe doelen te gebruiken. Het CBO (2008) onderschrijft het onderscheid tussen interne en externe indicatoren, maar geeft aan dat het *wel mogelijk* is dat een externe indicator door een externe prikkel toch kan leiden tot een interne verbetering. Dit kan door het vergelijken van externe prestatie-indicatoren bij benchmarking, waarbij een instelling zichzelf kan vergelijken met een andere instelling of met zichzelf in een andere periode. Hoe de organisatie ervoor staat ten opzichte van anderen zou een stimulans zijn voor interne verbeteringen (CBO 2008). Berg en Schellekens onderkennen dat het publiceren van indicatoren wel de aanleiding kan zijn voor kwaliteitsverbetering. Zij geven in hun artikel een voorbeeld dat in New York State de mortaliteitscijfers met 40% gedaald zijn naar aanleiding van het publiceren op internet van mortaliteitscijfers na coronaire bypassoperaties per ziekenhuis. Zij stellen echter “dit wakker schudden is wel het enige dat externe indicatoren kunnen bijdragen aan interne kwaliteitsverbetering. Soms wordt zelfs dit niet bereikt .... blijft het effect vaak beperkt tot vruchteloze discussies en verdachtmakingen” (Berg & Schellekens 2002:1205).

Ook Meijerink et al. (2003) gaan in op de spanning rond publieke prestatie-indicatoren. Mede op basis van ervaringen in de Verenigde Staten en in de Britse National Health Service, erkennen zij dat “het combineren van externe verantwoording en interne, professionalgerichte kwaliteitsverbetering steeds moeizaam blijkt te gaan” (Meijerink et al. 2003:1534). Zij geven aan dat prestatie-indicatoren te beschouwen zijn als een tweesnijdend zwaard. Enerzijds zijn zij een belangrijk instrument op weg naar transparantie, cliëntvriendelijke en kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg. Anderzijds echter, leiden directe sancties op basis van publieke prestatie-indicatoren onherroepelijk tot contra-productieve effecten zoals weerstanden bij professionals, gemanipuleerde gegevens en spanningen tussen professionals en ziekenhuismanagers. Dit bedreigt uiteindelijk juist de kwaliteit van de zorg.

De basisfilosofie voor de basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen betreft een werkwijze die deze contraproductieve effecten moet kunnen voorkomen (Meijerink et al. 2003). Bij de ontwikkeling van de prestatie-indicatoren ziekenhuizen zijn bewust sommige van de klassieke onderscheidingen tussen interne en externe indicatoren weggenomen. Het betreft externe verantwoording door een voorgeschreven set van prestatie-indicatoren, waarbij het de ziekenhuizen is toegestaan zelf hun scores te verklaren. Op deze manier is de focus van de discussie niet gericht op de vraag of de indicator valide genoeg is, maar op de vraag of de argumenten van het ziekenhuis voor haar relatief goede of slechte score steekhoudend zijn in het licht van de argumenten en scores van vergelijkbare ziekenhuizen (Berg et al. 2005:70).

De vraag is of met deze werkwijze de voor ogen staande doelen bereikt worden. Over kwaliteit van zorg bestaan namelijk verschillende ideeën en noties. Kan aan de hand van prestatie-indicatoren een risicoanalyse gemaakt worden van de kwaliteit van zorg van een ziekenhuis? Wat wordt in een ziekenhuis door de verschillende betrokken functionarissen onder kwaliteit van zorg verstaan en is hierover consensus? Hoe worden de prestatie-indicatoren intern ingebed in de organisatie? Stimuleren externe prestatie-indicatoren interne kwaliteitsverbetering?

## **2.8 Prestatie-indicatoren en kwaliteitsverbetering**

### *2.8.1. De term internaliseren*

Eén van de uitgangspunten van de basisfilosofie achter de basisset prestatie-indicatoren is dat externe prestatie-indicatoren intern leiden tot verbetering van de kwaliteit van zorg. Zoals in hoofdstuk één is beschreven, is uit onderzoek gebleken dat prestatie-indicatoren niet automatisch tot kwaliteitsverbetering leiden. Prestatie-indicatoren doen hun ‘werk’ niet uit zichzelf maar er is ‘werk’ nodig om ze te activeren. Dit proces wordt aangeduid met de term internaliseren. Internaliseren is een term die uit de psychologie komt. De omschrijving van internaliseren is “(...) internalization, in which they integrate a source’s position into their existing value system” (Kelman 1961) “Het zich eigen maken en aanpassen van geloven, waarden, attitudes, praktijken, standaarden en dergelijke (Bakker 2004). Internaliseren is ook een vorm van leren. Nonaka en Takeuchi (1997) onderscheiden vier leerprocessen:

- Socialiseren: van impliciete kennis naar impliciete kennis: leren door na te doen
- Externaliseren: van impliciete kennis naar expliciete kennis: het uitdrukken van ervaringen in taal/woorden en concepten
- Internaliseren: van expliciete kennis naar impliciete kennis: leren door te doen bijvoorbeeld de routines van verpleegkundigen en medici
- Combineren: van expliciete kennis naar expliciete kennis: leren door herconfiguratie van bestaande kennis en het ontwikkelen van kennis door het combineren van bestaande kennis (rationeel leren)

In de loop der tijd lijken de ideeën over indicatoren te veranderen, de klassieke onderscheiding tussen interne en externe indicatoren lijkt te worden losgelaten. Een idee van Bal is dat indicatoren niet ‘uit zichzelf’ of ‘in essentie’ intern of extern zijn, maar intern of extern moeten worden gemaakt. In dat kader heeft hij de termen internaliseren en

externaliseren van prestatie-indicatoren geïntroduceerd (persoonlijke communicatie). In dit onderzoek zal de term internaliseren breed opgevat worden. Zowel het zich eigen maken, het leren en het werkend maken van prestatie-indicatoren in de ziekenhuisorganisatie zal worden beschouwd.

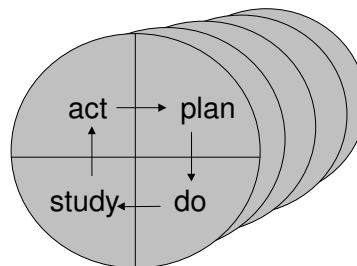
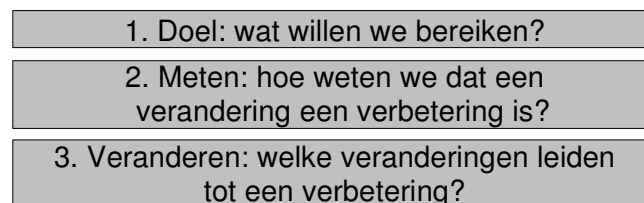
### 2.8.2 Plan- Do-Study-Act cyclus

Voor de verbetering van kwaliteit wordt in de gezondheidszorg vaak de Plan-Do-Check-Act-cyclus van Deming gebruikt (Groenewoud & Huijsman 2003). De essentie van de PDCA-cyclus is dat hiermee kwaliteitszorg systematisch wordt aangepakt, gebaseerd op objectieve gronden. Voor verbetering moeten vier fasen cyclisch worden doorlopen. Namelijk Plan (opstellen van een plan voor verandering), Do (uitvoeren van het plan), Check (controleren en evalueren van de effecten) en Act (eventueel bijstellen van het plan of borgen van de resultaten).

Een modificatie op de PDCA-cyclus is de Plan-Do-Study-Act cyclus. Deze cyclus wordt gebruikt in Doorbraakprojecten. In het kwaliteitsprogramma Sneller Beter wordt gebruik gemaakt van de PDSA-cyclus als onderdeel van het Nolan-verbetermodel. Dit model gaat uit van het principe dat verbetering voortkomt uit de toepassing van kennis. Het model bestaat uit 3 verbetervragen voor het opzetten van het verbetertraject en de zogenoemde PDSA-cyclus voor de uitvoering. Gezamenlijk geven ze een kader voor een trial-and-learning benadering. Aan de hand van deze vragen kan men op kleine schaal veranderingen plannen en testen, zodat men van deze veranderingen kan leren. De drie vragen zijn:

1. Wat willen we bereiken (doelen stellen)?
2. Hoe weten we dat een verandering een verbetering is (meten)?
3. Welke veranderingen kunnen we invoeren die tot een verbetering zullen leiden (veranderen)?

## VERBETERMODEL



Figuur 1: Het Nolan-verbetermodel (Nolan 1998).

Het verschil met de PDCA-cyclus zit in de 3<sup>e</sup> fase. In de PDCA-cyclus wordt een 0-meting uitgevoerd, verandering ingevoerd en een nameting gedaan. In het Nolanmodel wordt op een nieuwe manier gebruik gemaakt van de meetgegevens. Er is sprake van continu meten van gegevens en het bestuderen van effecten van verandering gedurende het gehele kwaliteitsproject. Voor het meten van resultaten worden indicatoren gebruikt. Zij moeten de zorgorganisatie inzicht geven in de resultaten van zorgprocessen. Daarbij kan tevens gebruik gemaakt worden van de benchmark van prestatie-indicatoren, waarbij de resultaten van de eigen prestaties vergeleken worden met de landelijke norm. Hiervan kan een extra stimulans uitgaan om de eigen resultaten te verbeteren.

### 2.8.3 Externe druk en intrinsieke motivatie

Een uitgangspunt in de basisfilosofie is dat ziekenhuizen zelf hun resultaten openbaar maken en mogen toelichten. De intentie van de IGZ is niet geweest op basis van deze resultaten ranglijsten te maken. De media hebben de openbare resultaten echter wel aangegrepen om ranglijsten van ziekenhuizen te maken. De vraag is wat het effect is van openbaarmaking van prestatiescores op de kwaliteit van zorg. Door Wollersheim et al. (2006) is hiernaar literatuuronderzoek gedaan. Op basis van dit onderzoek concluderen zij dat openbaar maken van gegevens over de kwaliteit van zorg leidt tot meer initiatieven om kwaliteit te verbeteren. Hierbij blijkt angst voor imago-verlies na het openbaar maken van slechte prestatiegegevens een belangrijke drijfveer om de kwaliteit te willen verbeteren. Het management neemt dan meestal het initiatief. Het publiceren van prestatiescores lijkt daarentegen op het niveau van individuele artsen bijna altijd in negatieve zin het gedrag te beïnvloeden, bijvoorbeeld in de vorm van het weren van hoogrisicopatiënten. Wollersheim et al. stellen dat om strategisch gedrag en averechtse effecten te voorkomen, vooral de inbedding van belang is: “de mate waarin zorgaanbieders de van hen gevraagde verantwoording kunnen verbinden aan wat ze zelf belangrijk vinden in hun vak en daarvoor zelf de professionele verantwoordelijkheid op zich nemen (...) het is zaak de intrinsieke motivatie van professionals niet te ondermijnen, maar die juist te ondersteunen en te versterken” (Wollersheim et al. 2006:60).

### 2.8.4 Articulation work

Ziekenhuizen zijn complexe gezondheidszorgorganisaties. Een ziekenhuis is een ‘geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf’ waarin specialisten, maar ook vele andere professionals samen patiënten behandelen en verzorgen. Naast de professionals zijn ook nog veel andere soorten functionarissen werkzaam die ondersteuning bieden aan de primaire zorgprocessen. Om het proces van internalisering rond prestatie-indicatoren in een complexe organisatie als het ziekenhuis te analyseren kan gebruik gemaakt worden van het concept *articulation work* (articulatiwerk).

Het concept *articulation work* is ontwikkeld door de socioloog Strauss als een analytisch raamwerk om de ineengevlochten natuur van wederzijds afhankelijke acties van samenwerkende actoren in hun werkomgeving te begrijpen. Het raamwerk heeft een sterke empirische basis in vele jaren van onderzoek van medisch werk in ziekenhuizen. Strauss (1985) beschouwt *articulation work* als “Since the plurality of tasks making up their totality, as well as the relation of actors to tasks, are not automatically articulated, actors must do that too, and often in complex ways. We call the work of doing this “articulation work” –a supra-type of work”. *Articulation work* impliceert ‘verbinding’ in termen van de actoren en hun betekenissen (overtuiging, attitude, perspectieven), taken, verantwoordelijkheid (verplichting, commitment), conceptuele structuren, tijd en plaats. *Articulation work* heeft betrekking op al het werk dat moet worden verwoord in termen als “Wie doet wat, hoe, waar en wanneer” en dit wordt ingewikkelder als er meer actoren bij zijn betrokken. In dit onderzoek zal het begrip *articulation work* gebruikt worden om het ‘werk’ aan te duiden dat nodig is voor de internalisering van prestatie-indicatoren. Het gaat daarbij vooral om het coördineren van de verschillende activiteiten die nodig zijn bij het verzamelen van en rapporteren over gegevens. Ook zal het begrip gebruikt worden bij het inzichtelijk maken van het (coördinatie)werk rond het werkend maken van prestatie-indicatoren voor een betere kwaliteit van zorg. Hierbij zal tevens gekeken worden naar de veranderingen in de sociale verhoudingen.

### 3. METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING

---

In dit hoofdstuk wordt beschreven met behulp van welke methoden dit onderzoek is uitgevoerd. Ingegaan wordt op de aard van het onderzoek, de onderzoeksmethoden en de methode van data-analyse. Ook wordt beschreven op welke wijze is getracht de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek te waarborgen.

#### 3.1 Kwalitatief onderzoek

Dit onderzoek wordt gekenmerkt door haar kwalitatieve karakter. Volgens Creswell (2003) vindt een kwalitatief onderzoek grotendeels plaats in de natuurlijke setting, gebruikt de onderzoeker verschillende onderzoeksmethoden en kent het onderzoek een sterk interpretatief gehalte. Bij het uitvoeren van kwalitatief onderzoek laat de onderzoeker zich leiden door uitlatingen, beelden en redeneringen die de onderzochte personen gebruiken met als doel de aard van het verschijnsel te onderzoeken (Swanborn 2002). Deze kenmerken zijn duidelijk terug te vinden in dit onderzoek. Er is gekozen voor kwalitatieve onderzoeksmethoden omdat deze de onderzoeker het dichtst bij het doel van het onderzoek brengen, namelijk het krijgen van inzicht in de wijze waarop het ziekenhuis intern invulling geeft aan de externe prestatie-indicatoren van de IGZ en in de ervaringen van de diverse disciplines binnen het ziekenhuis. Bowling is van mening dat een kwalitatief onderzoek geschikt is voor een dergelijk doel: "It [qualitative research] aims to study people in their natural social settings and to collect naturally occurring data. The focus is on the meanings the participants in the study setting attach to their social world." (Bowling 2002:352).

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis te Amsterdam en daarmee in de natuurlijke setting van de onderzoeksobjecten en onder alledaagse omstandigheden. De onderzoeker heeft zich laten leiden door meningen, opvattingen, ideeën en ervaringen van respondenten die in het ziekenhuis betrokken zijn bij het proces van dataverzameling en rapportage rond de externe prestatie-indicator decubitus en pijn na een operatie. Het doel is het internaliseringsproces met betrekking tot deze prestatie-indicatoren in het ziekenhuis in beeld te brengen. Het onderzoek is dus beschrijvend en analyserend van aard.

Het design van dit kwalitatieve onderzoek is een casestudie. Hierbij worden slechts één of hooguit enkele gevallen (diepgaand) bestudeerd. De nadruk van het onderzoek heeft gelegen op het verkrijgen van inzicht door middel van interviews, observaties en documentenanalyse (Creswell 2003). Door het toepassen van verschillende methoden (triangulatie) is geprobeerd vanuit verschillende invalshoeken antwoord te krijgen op de vragen. De combinatie van verschillende gegevensbronnen zorgt voor een completer beeld van het onderzoeksveld (Creswell 2003; 't Hart et al 1996).

#### 3.2 Literatuurstudie

Het onderzoek is gestart met een algemene oriëntatie op prestatie-indicatoren. Daarna heeft gerichte literatuurstudie plaatsgevonden. Deze literatuurstudie is verricht om een theoretische inbedding aan het onderzoek te geven en een kader te vormen van waaruit in een later stadium het empirisch onderzoek heeft plaatsgevonden. De literatuur is gezocht in de universiteitsbibliotheek en via de databanken van de universiteitsbibliotheek van de Erasmus Universiteit. Daarnaast is ook gebruik gemaakt van Google scholar en van de websites van onder ander IGZ, RVZ en CBO. Met behulp van zoektermen, zoals indicator, prestatie-indicator, performance en kwaliteit van zorg is gezocht naar recente publicaties. Na verzameling van literatuur heeft hiervan een bestudering plaatsgevonden. De belangrijkste resultaten staan weergegeven in hoofdstuk 2 Theoretisch kader.

#### 3.3 Empirisch onderzoek

In het empirisch onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden, te weten: documentenanalyse, semi-gestructureerde interviews en participerende observaties.



### 3.3.1 Documentenanalyse

Voorafgaand aan het empirisch onderzoek heeft eerst een kennismakingsgesprek plaatsgevonden met de contactpersoon van het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis. Naast een bespreking van het onderzoeksvoorstel is in dit gesprek ook ingegaan op relevante documenten voor analyse. In dit onderzoek heeft de onderzoeker zich gericht op zowel publieke als private documenten. De publieke documenten die geraadpleegd zijn betreffen de website en diverse rapportages van het SLAZ over prestatie-indicatoren. Daarnaast is gebruik gemaakt van een aantal private documenten zoals interne en soms vertrouwelijke notities en beleidsstukken. De volgende documenten zijn verkregen: beleidskader Sint Lucas Andreas Ziekenhuis 2008 -2010, beleidsnotitie Kwaliteitszorg (december 2005), jaarrapport Sneller Beter (augustus 2007), klantervaringen per afdeling: resultaten van een verdiepende analyse CQ-index ziekenhuis voor het SLAZ 2006, protocollen decubitus en pijn. Door analyse van de documenten is een eerste algemene indruk verkregen van de wijze waarop het ziekenhuis de meting van prestatie-indicatoren heeft vormgegeven.

In de loop van het onderzoek zijn van diverse functionarissen nog aanvullende interne documenten verkregen die specifiek betrekking hebben op decubitus en pijn. Tevens zijn in het kader van het onderzoek een aantal patiëntendossiers bekeken.

### 3.3.2 Interviews

In het onderzoek zijn interviews gehouden om dieper op het internaliseringsproces in te gaan. Het doel van een interview is het verzamelen van informatie uit mededelingen van de ondervraagde persoon of personen, ter beantwoording van vooraf bedachte vraagstellingen (Emans 1990). Om de kennis, meningen en ervaringen zo volledig mogelijk in beeld te brengen, zijn verschillende functionarissen van verschillende afdelingen/diensten bevraagd:

- voorzitter van de Raad van Bestuur
- adviseur Kwaliteit, Veiligheid en Projecten
- hoofd Medische Registratie
- procesbegeleider pijn (Sneller Beter)
- procesbegeleider decubitus (Sneller Beter)
- anesthesioloog tevens lid van de Medische Staf (projectleider Pijnbeheersing)
- decubitusconsulent (projectleider Decubitus)
- teamleider tevens aandachtsvelder decubitus
- verpleegkundigen

In de groep geïnterviewden is grofweg een scheiding te maken tussen leidinggevend en beleidsmatig personeel en professionals werkzaam in het primaire zorgproces. Er is bewust gekozen voor een mix van geïnterviewden om vanuit verschillende perspectieven een beeld te krijgen van de wijze waarop het ziekenhuis intern invulling geeft aan prestatie-indicatoren. De interviews hebben verspreid over het onderzoek plaatsgevonden, waren persoonlijk, open van karakter en semi-gestructureerd. Een kenmerk van semi-gestructureerde interviews is, dat wel de onderwerpen van het gesprek vastliggen maar niet de volgorde van de onderwerpen en de formulering van de vragen. Hierdoor bestaat de mogelijkheid van doorvragen (Emans 1990). Om structuur aan te brengen is bij de interviews gebruik gemaakt van een topiclijst. Deze lijst is samengesteld aan de hand van de subvragen en de thema's die in het theoretisch kader zijn behandeld. Deze lijst is opgenomen in bijlage 1. Tussen de diverse functionarissen zijn de topics hetzelfde gehouden om vanuit verschillende perspectieven antwoord te krijgen op de onderzoeksvragen. Tevens ontstaat hierdoor een grotere vergelijkingsmogelijkheid tussen de verschillende respondenten. Wel is per interview door de onderzoeker bepaald waar het accent van het interview zou liggen.

De meeste interviews zijn opgenomen. Hiervoor is vooraf toestemming gevraagd. Van de interviews met de teamleider en diverse verpleegkundigen zijn geen geluidsopnamen maar aantekeningen gemaakt. Deze interviews zijn gecombineerd met observaties op de verpleegafdelingen. Tijdens de interviews is regelmatig een korte samenvatting gegeven om de juiste interpretatie van de verkregen informatie te verifiëren. De interviews zijn na afloop uitgetypt. Aan de respondenten is gevraagd of zij het uitgewerkte interview ter lezing en

goedkeuring voorgelegd wilden krijgen. Hiervan is geen gebruik gemaakt. Aan één respondent is de geluidsopname ter beschikking gesteld. Verder is met de voorzitter van de Raad van Bestuur afgesproken dat deze scriptie vooraf ter lezing wordt voorgelegd. Bij de presentatie van de resultaten zijn de gegevens en citaten die afkomstig zijn van de respondenten geanonimiseerd. Gezien het kleinschalige karakter van het ziekenhuis is echter niet te voorkomen dat op basis van functie een deel van de gegevens te herleiden is naar personen.

### *3.3.3 Observaties*

Om een beter inzicht te krijgen in het internaliseringsproces rond de prestatie-indicatoren decubitus en pijn na een operatie hebben tevens participerende observaties plaatsgevonden. Bewust is gekozen voor het gebruik van deze onderzoeksmethode omdat observaties een relevante aanvulling vormen op de documentenanalyse en interviews. De observaties zijn deels te beschouwen als een verificatie van de resultaten uit de documentenanalyse en interviews. Daarnaast dragen ze zorg voor een wezenlijke verdieping van het onderzoek. Bowling (2002:358) ondersteunt deze keuze: "Observation of behaviours, actions, activities and interactions is a tool for understanding more than what people say about (complex) situations, and can help to understand these complex situations more fully." De observaties hebben plaatsgevonden op de recovery en een viertal verpleegafdelingen: Heelkunde, Orthopedie, Intensive Care en Interne. Op deze afdelingen is met verschillende functionarissen meegelopen, te weten: verpleegkundigen, aandachtsvelder decubitus, teamleider en secretaresses. Tevens heeft de onderzoeker het pre-operatief spreekuur Heelkunde bijgewoond en zijn de werkzaamheden van de decubitusconsulenten geobserveerd. Ook is het prevalentieonderzoek decubitus in het ziekenhuis gevolgd. Van alle observaties zijn observatieverslagen geschreven.

## **3.4 Methoden van data-analyse**

Bij een kwalitatief onderzoek is het van belang om cyclisch te werk te gaan. In het begin van het onderzoek ligt de nadruk op het verzamelen van de gegevens. Aan het einde ligt deze nadruk meer bij data-analyse ('t Hart et al. 1996). Al vroeg in het onderzoek is de onderzoeker gestart met het analyseren van de data. Hiervoor zijn de data uit de documentenstudie, de interviews en observaties gecodeerd. De data zijn gecategoriseerd naar een aantal belangrijke topics die corresponderen met aspecten van de deelvragen van het onderzoek en daarmee samenhangend de topics van de vragenlijst. Vervolgens zijn de data geanalyseerd door deze per topic met elkaar te vergelijken. Bij de interviews is gekeken of er verbanden zijn tussen de verschillende geïnterviewden. Verder is gezocht naar overeenkomsten en verschillen tussen de bevindingen uit de verschillende onderzoeksmethoden. Alle informatie die uit het onderzoek naar voren is gekomen is met ondersteuning van het theoretisch kader geanalyseerd.

## **3.5 Kwaliteit van het onderzoek**

Op verschillende manieren heeft de onderzoeker geprobeerd de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen. Dit is van groot belang gezien de bias die kan optreden door interpretatie van de onderzoeker. De onderzoeker is niet werkzaam bij het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis. Door de intensiteit van het onderzoek is in de loop van het onderzoek echter wel een bepaalde betrokkenheid bij de organisatie ontstaan. Steeds is echter geprobeerd zoveel mogelijk wetenschappelijke distantie te bewaren.

### *3.5.1 Betrouwbaarheid*

Betrouwbaarheid heeft betrekking op de navolgbaarheid en controleerbaarheid van de werkwijzen en de nauwkeurigheid waarmee methodologische keuzen zijn gemaakt ('t Hart et al. 1996). Interne betrouwbaarheid heeft betrekking op het consequent toepassen van methodieken en (theoretische) concepten en externe betrouwbaarheid op de navolgbaarheid of herhaalbaarheid. Een onderzoek heeft een hoge betrouwbaarheid wanneer het onderzoek bij herhaalde meting tot dezelfde resultaten leidt. Om de betrouwbaarheid van dit kwalitatieve

onderzoek te verhogen heeft triangulatie van methoden van dataverzameling (documenten, observaties en interviews) plaatsgevonden. Ook heeft gedurende het onderzoek een gedegen documentatie plaatsgevonden van onderzoeksopzet, onderzoeksproces, de verzamelde data als ook de bevindingen van het onderzoek. Door middel van de beschrijving van methoden van onderzoek is getracht een betrouwbaar onderzoek te presenteren. Voor het waarborgen van de interne betrouwbaarheid van het onderzoek is een beroep gedaan op de scriptiebegeleiders van de scriptiegroep. Van de onderzoeksresultaten wordt steeds een uitgebreide beschrijving gegeven. Deze worden ondersteund met citaten. Hiermee is getracht de lezer te laten delen in ervaringen en deze zelf een oordeel te laten vormen.

### *3.5.2 Validiteit*

Validiteit is de mate waarin een meetinstrument, observaties, gegevens, resultaten en conclusies van het onderzoek aan het doel beantwoorden, ofwel “meet men wat men weten wil” (Swanborn 2002). Een onderzoeksopzet is dus valide als daarmee is vastgesteld wat de onderzoeker oorspronkelijk wilde weten (’t Hart et al. 1996). Op het gebied van validiteit kan onderscheid gemaakt worden tussen interne en externe validiteit. Bij interne validiteit wordt gekeken of de gevonden verbanden causaal mogen worden geïnterpreteerd of dat er alternatieve verklaringen zijn voor de gevonden onderzoeksresultaten. Deugt de argumentatie ten opzichte van de gevonden data? De interne validiteit kan worden bevorderd door het gebruik van meerdere bronnen, zodat de geldigheid van argumenten wordt vergroot.

#### *Interne validiteit*

Om de interne validiteit van dit onderzoek te verhogen zijn de volgende methoden gebruikt:

- *Triangulatie*

Triangulatie betekent dat vanuit meerdere hoeken wordt gekeken naar het onderwerp. Aan datatriangulatie is invulling gegeven door verschillende databronnen te gebruiken: zowel wetenschappelijke literatuur als interne notities van het ziekenhuis. Methodentriangulatie heeft plaatsgevonden door verschillende methoden van onderzoek met elkaar te combineren: documentenanalyse, interviews en observaties.

- *Peer debriefing*

Het verloop van het onderzoek en de onderzoeksresultaten zijn regelmatig besproken in de scriptiegroep waaraan een aantal medestudenten deelnam.

- *External auditor*

De scriptiebegeleiders hebben een belangrijke rol vervuld in dit onderzoek als external auditor. Er heeft regelmatig overleg plaatsgevonden tussen de onderzoeker en de scriptiebegeleiders over de opzet en uitvoering van het onderzoek, de analyse en interpretatie van de onderzoeksgegevens en de aanbevelingen.

#### *Externe validiteit*

Externe validiteit heeft betrekking op de mate waarin de conclusies generaliseerbaar zijn naar andere populaties dan de onderzochte dan wel naar een andere plaats of setting. “Generaliseerbaarheid in statische zin is bij een casestudie eigenlijk niet aan de orde” (Segers & Hutjes 1999:354). Het generaliseren van de onderzoeksresultaten is geen primair doel van dit onderzoek. Het onderzoek betreft een casestudie naar een specifiek probleem bij één ziekenhuis. De resultaten zijn dus niet zondermeer bruikbaar voor andere ziekenhuizen of in andere sectoren van de gezondheidszorg. Wellicht zullen de resultaten herkenbaar en deels bruikbaar zijn voor vergelijkbare ziekenhuizen (zelfde kenmerken).

## **4. VERANTWOORDING ORGANISATIE EN INDICATOREN ONDERZOEK**

---

In dit hoofdstuk wordt een verantwoording gegeven voor de keuze van de organisatie waar het onderzoek heeft plaatsgevonden en van de prestatie-indicatoren van het onderzoek. Allereerst wordt ingegaan op de casusselectie en een korte beeldschets gegeven van het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis. Vervolgens worden de prestatie-indicatoren decubitus en pijn na een operatie en de motivatie voor deze indicatoren besproken.

### **4.1 Casusselectie**

De keuze om het onderzoek in het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis te doen heeft een aantal redenen. Dat een ziekenhuis is gekozen en geen andere zorginstelling heeft als reden dat de basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen de langste geschiedenis kent. Dit geeft de gelegenheid terug te kijken en biedt ook de beste kansen om daadwerkelijk uitspraken te doen over de vragen of en hoe prestatie-indicatoren geïnternaliseerd worden in een zorginstelling en of er een samenhang bestaat tussen 'internalisering' en 'verbetering van zorgpraktijken'. Daarnaast is het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis een ziekenhuis dat meedoet in de derde tranche van het kwaliteitsprogramma Sneller Beter pijler 3. Het is in het kader van dit onderzoek interessant om te kijken of er een samenhang is tussen internalisering van prestatie-indicatoren en deelname aan dit kwaliteitsprogramma.

### **4.2 Het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis: een kader**

Het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (verder te noemen het SLAZ) is gesitueerd in Amsterdam-West. Het SLAZ is een niet-academisch, topklinisch opleidingsziekenhuis, dat naast een volledig pakket aan basiszorg tevens topklinische patiëntenzorg verleent. Het SLAZ bevindt zich in een sterk concurrerende omgeving. Het aanbod aan ziekenhuiszorg is groter dan de zorgvraag. In 2005 en 2006 hebben de zorgverzekeraars geprobeerd te komen tot een herstructurering van de ziekenhuissituatie in Amsterdam-West. Op basis van een aantal deelplannen is getracht de patiëntenstromen te herschikken. Dit heeft niet tot het gewenste resultaat geleid. De zorgverzekeraars zijn niet in staat gebleken de herschikking te sturen en laten nu de markt haar werk doen in een concurrerende omgeving. De verwachting is dat de totale zorgvraag in Amsterdam-West de komende jaren niet zal groeien maar dat sprake zal zijn van selectieve groei. Het SLAZ zal door eigen initiatieven moeten streven naar een uitbreiding van de adherentie en groei van de productie. Dit is noodzakelijk om alle faciliteiten te kunnen waarborgen. Om te kunnen wedijveren met andere ziekenhuizen en particuliere klinieken is het voor het SLAZ van belang de positie te versterken en de kwaliteit van het totale zorgproces continu te verbeteren. In dit kader is onder het motto *Beter, Veiliger, Vriendelijker*, in de loop van 2006 en 2007 een viertal verandertrajecten gestart, die in elkaar grijpen en elkaar versterken. Tezamen vormen zij één groot zorgverbeteringsprogramma. Het betreft:

- Sneller Beter: gericht op verbetering van de logistiek en veiligheid binnen het SLAZ
- Servicetraject: gericht op het bevorderen van service en klantvriendelijkheid
- ComPres: gericht op de invoering van competentie management en prestatiegericht werken
- Veiligheids Management Systeem: gericht op een veilige omgeving voor patiënten en medewerkers

In het beleidskader 2008-2010 staat als algemene doelstelling: het invoeren en voltooien van de genoemde verandertrajecten in de gehele ziekenhuisorganisatie, zodat de cultuurwaarden die aan deze trajecten ten grondslag liggen binnen alle geledingen van het ziekenhuis worden uitgedragen en stevig in de organisatie worden verankerd. Veiligheid en tevredenheid van patiënten, verwijzers en medewerkers moeten voorop staan. Dat betekent dat 'kwaliteitsdenken' dient te worden ingebed in het dagelijks werk van iedere medewerker en prioriteit is van iedere managementlaag en medewerker (SLAZ 2007a). Te verwachten valt dat gezien deze concurrentiedruk en de wijze waarop het ziekenhuis hierin acteert, de prestatie-indicatoren van de IGZ binnen het SLAZ sneller/verder geïnternaliseerd zullen

worden dan in andere ziekenhuizen. Uit de literatuur blijkt namelijk dat concurrentie bijdraagt aan het innovatievermogen van organisaties (Jansen et al. 2006).

#### 4.3 Prestatie-indicatoren van het onderzoek

Dit onderzoek richt zich specifiek op twee prestatie-indicatoren: decubitus en pijn na operatie. Beide indicatoren zijn uitkomstindicatoren van het verpleegkundig zorgproces. In de onderstaande tabel staat kort de inhoud van de twee indicatoren weergegeven. De volledige tekst is opgenomen in bijlage 2.

Onderwerp	Indicator
Decubitus	Puntprevalentie decubitus ziekenhuisbreed
	Decubitusincidentie bij een homogene patiëntenpopulatie
Pijn na een operatie	Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten
	Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie

*Tabel 2: Prestatie-indicatoren decubitus en pijn na een operatie (basisset 2008)*

##### *Decubitus*

Decubitus wordt ook wel doorliggen genoemd. Bij decubitus is sprake van beschadiging van de huid en het onderliggende weefsel. Het wordt veroorzaakt door druk of schuif- en wrijfkraften tussen huid en matras. Vocht, ondervoeding en immobiliteit zijn belangrijke risicofactoren (IGZ 2007). Decubitus wordt gezien als een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg. Het komt frequent voor in ziekenhuizen. Uit de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) blijkt, dat de decubitusprevalentie in 2006 gemiddeld 5,3% was in de onderzochte populatie. Een significante kwaliteitsverbetering is haalbaar, omdat decubitus vaak te voorkomen is door goede preventie en het tijdig opsporen van patiënten die een verhoogd risico lopen op decubitus (IGZ et al. 2007).

De decubitusprevalentie wordt bepaald door eenmaal per jaar (op één dag) bij alle opgenomen patiënten een puntprevalentiemeting uit te voeren en te berekenen welk percentage van deze patiënten decubitus heeft. De decubitusincidentie wordt gemeten bij een homogene patiëntenpopulatie met een laag decubitusrisico. Dit betreft patiënten met een totale heupvervangingsoperatie. Omdat de verschillen in deze patiëntenpopulatie minder groot zijn, is deze indicator beter dan de ziekenhuisbrede prevalentie van decubitus (ibid.).

##### *Pijn na een operatie*

Postoperatieve pijn is een te verwachten, maar ongewenst bijproduct van een operatie. Niet alleen om humanitaire redenen is pijn ongewenst, het heeft ook een negatieve invloed op een voorspoedig herstel. Daarnaast lijkt het dat postoperatieve pijn in relatie staat tot het ontwikkelen van chronische pijn na een operatie (IGZ et al. 2007). Pijnbestrijding is dus belangrijk. Het blijkt dat gestandaardiseerde pijnmetingen leiden tot meer inzicht in de pijnervaring van patiënten en daardoor bijdragen aan de effectiviteit van de pijnbehandeling. Voor het structureel meten van pijnintensiteit zijn verschillende meetinstrumenten beschikbaar. De patiënt geeft steeds op een schaal van 1 tot 10 de mate van zijn pijn aan (pijnscore). Een korte uitleg van de Visual Analogue Scale (verder te noemen de VAS) is opgenomen in bijlage 3.

Gestructureerde aandacht voor postoperatieve pijnbestrijding is relatief nieuw. Dit kan leiden tot verschillen in beleid direct na de operatie (op de verkoeverkamer) en de latere postoperatieve fase (op de verpleegafdeling). De indicator percentage gestandaardiseerde pijnmeting bepaalt zowel het percentage patiënten op de verkoeverkamer als het percentage

patiënten op de verpleegafdelingen waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting is uitgevoerd. Tevens wordt gemeten welk percentage patiënten op enig moment een pijnscore boven de zeven heeft (ernstige pijn).

#### **4.4 Motivatie keuze prestatie-indicatoren**

De keuze voor deze twee prestatie-indicatoren is in samenspraak tussen de onderzoeker en het SLAZ gemaakt. De prestatie-indicator *decubitus* is aangedragen door het ziekenhuis. Het ziekenhuis beschouwt dit als een belangrijke IGZ-indicator. Verder is het SLAZ een Sneller Beter ziekenhuis. Als onderdeel van Sneller Beter is het ziekenhuis in de loop van 2007 gestart met het project decubitus. Het ziekenhuis voert een actief decubitusbeleid. De IGZ-indicatoren sluiten hierbij aan. Verder vindt het ziekenhuis het interessant in beeld te laten brengen welke wereld van zorg er achter een tweetal cijfers verborgen gaat.

De prestatie-indicator *pijn na een operatie* had de voorkeur van de onderzoeker. Hiervoor zijn meerdere redenen. Ten eerste sluit deze indicator aan bij het onderzoek van Bal en Jerak-Zuiderent. Hierdoor bestaat de mogelijkheid bevindingen uit dit onderzoek te integreren in hun onderzoek waardoor dit onderzoek in een breder kader kan worden geplaatst. Ook is voor deze indicator gekozen omdat het een 'spannende' indicator is. Pijn is een subjectieve beleving en de vraag is hoe je pijn objectief en meetbaar maakt. Verder blijkt uit het laatste IGZ rapport "Het resultaat telt 2006" (IGZ 2007) dat bijna geen enkel ziekenhuis inzicht heeft in pijnmetingen. De gegevens zijn veelal gebaseerd op schattingen of steekproeven. Tot slot is een deel van deze prestatie-indicator in de basisset van 2007 gewijzigd ten opzichte van 2006. Voorheen werd het percentage patiënten met een gemiddelde pijnscore van 4 of minder gemeten. Nu concentreert de indicator zich expliciet op het voorkomen van ernstige pijn (IGZ et al 2006). Het is interessant te onderzoeken wat dit heeft betekend voor de dagelijkse werkpraktijk en voor de registratie en rapportage.

## RESULTATEN

---

### 5. BELANG, SNELLER BETER en EXTERNE DATAVERZAMELING

#### 5.1 Het belang van prestatie-indicatoren voor het management

##### 5.1.1 *Prestatie-indicatoren een goede ontwikkeling*

De externe prestatie-indicatoren ziekenhuizen zijn in het SLAZ positief ontvangen. Diverse respondenten vinden de prestatie-indicatoren een goede ontwikkeling omdat het inzicht geeft in uitkomsten en verschillen van ziekenhuiszorg. Aangegeven wordt dat het positief is dat de basisset een ontwikkelmodel is. Door ontwikkeling van de prestatie-indicatoren wordt dit beeld steeds verder genuanceerd. In het kader van de registratie is echter ook de kanttekening gemaakt dat er niet jaarlijks teveel gewijzigd moet worden. De Raad van Bestuur (verder te noemen de RvB) zegt hierover het volgende:

Eigenlijk moet je zeggen dat de hele wereld zich een beetje rot geschrokken is over de enorme verschillen die er zijn tussen al die uitkomsten van zorg (.....) Tot voor kort wist een directie eigenlijk niet wat er in het ziekenhuis gebeurde. Eigenlijk wist de beroepsbeoefenaar het zelf niet eens (...) Ik denk dat de Inspectie hier een gouden greep gedaan heeft door gewoon de knuppel in het hoenderhok te gooien en een set prestatie-indicatoren neer te zetten en te zeggen "Kom op jongens we gaan er mee aan de slag" (...) Het instrument is nog niet voldoende fijn om te zeggen dat je appels met appels aan het vergelijken bent, het heeft nog veel kanten van appels met peren vergelijken. Maar er is wel een enorme beweging op gang gekomen en we groeien wel steeds meer naar verfijning waar ook steeds meer appels met appels vergeleken worden. Dus het is een heel goede ontwikkeling (...) Die verfijning moet doorgaan en je moet goed oog houden voor de blinde vlekken en dat er dan weer inbrengen. Je moet het zien als een dynamisch instrument. Je moet het niet te statisch houden maar je moet het ook weer niet van jaar tot jaar compleet anders maken want dan wordt iedereen hartstikke gek. Er zit een wereld van registratie achter dus het kost echt veel moeite om die indicatoren ook elke keer weer op te hoesten.

##### 5.1.2 *Belang ranglijst en imago*

Het SLAZ hecht een groot belang aan de IGZ-prestatie-indicatoren. Dat belang is meerledig. Ten eerste wordt veel belang gehecht aan de positie van het ziekenhuis op de AD-lijst die gemaakt worden naar aanleiding van de openbaarmaking van de prestatie-indicatoren. Het SLAZ staat vanaf het begin van de publicatie van de prestatie-indicatoren in de top 20 van het AD en wenst deze positie graag te behouden. Dit wordt ook expliciet als doelstelling vermeld in het beleidskader 2008-2010: "Rangschikking van het SLAZ in het bovenste kwadrant van benchmarks/ kwaliteitsvergelijkingen" (SLAZ 2007a). De RvB onderschrijft het belang en vertelt in het interview dat de positie op de ranglijst intern leidt tot een competitiegevoel om zo goed mogelijk te willen presteren op de prestatie-indicatoren:

Wij hebben de ambitie, wij zitten nu al vier jaar in de top 20 van het AD, die ranking is gebaseerd op de prestatie-indicatoren en wij willen die positie behouden. Dus we hebben elk jaar weer het strijddoel om in die top 20 te blijven. Wij proberen, alle ziekenhuizen proberen hun indicatoren te verbeteren, en wij doen daar heel hard aan mee. Wij doen dus heel veel moeite om die prestatie-indicatoren zo goed mogelijk te maken.

Het belang van de positie op de ranglijsten hangt nauw samen met de beeldvorming naar de buitenwereld. Het SLAZ hecht veel waarde aan een goed imago. Dit geldt ook voor specifieke indicatoren. Meermalen is in een interview aangegeven dat het gevaar bij de

prestatie-indicatoren is dat door interpretatieverschillen van een indicator er onterechte conclusies getrokken kunnen worden. Uit ervaring weet het SLAZ dat er geen controle zit op de data die de ziekenhuizen bij de IGZ aanleveren. In één van de eerste jaren van de prestatie-indicatoren is het SLAZ daardoor onterecht als 'sterfhuis' in de publiciteit gekomen. Het SLAZ had op basis van de prestatie-indicatoren de hoogste sterfte na CVA. Dit heeft geleid tot negatieve berichtgeving in het NRC en was zelfs aanleiding tot vragen in de Tweede Kamer. Uit nader onderzoek is echter gebleken dat het SLAZ als één van de weinige ziekenhuizen conform de toelichting bij de prestatie-indicator de sterfte tot 90 dagen na CVA had aangeleverd. De rest van de ziekenhuizen had alleen de sterfte in het ziekenhuis vermeld. Op basis van deze negatieve ervaring gaat het SLAZ voorzichtig om met het aanleveren van gegevens bij (nieuwe) indicatoren. Er wordt zorgvuldig gekeken naar de betekenis van de prestatie-indicator en een kritische afweging gemaakt welke data worden meegenomen en openbaar gemaakt. Het SLAZ doet er alles aan te voorkomen dat het imago (ten onrechte) wordt geschaad. Het hoofd Medische Registratie (verder te noemen hoofd MR) zegt in dit verband:

Dat is ook het manco van indicatoren als je kijkt naar de wijze waarop het [data] in Nederland bij alle ziekenhuizen wordt gezocht. Daar zit veel interpretatie in. Het ene ziekenhuis doet het zus, het andere ziekenhuis doet het zo. Sommigen kijken bijvoorbeeld alleen naar de hoofdverrichting, anderen nemen ook de nevenverrichting mee en dan krijg je in de uiteindelijke rapportage verschil. Dat zie je ook in het jaaroverzicht dat de Inspectie maakt, dat bij bepaalde indicatoren grote variatie zit. (...) Maar die percentages worden netjes zo gepubliceerd terwijl je weet het klopt niet. Er zit geen check op de data die je aanlevert.

Een uitgangspunt van de basisfilosofie is dat ziekenhuizen zelf hun resultaten openbaar maken. Het is niet de bedoeling van de IGZ geweest op basis van de resultaten ranglijsten te maken. Dit is echter door de media wel gedaan. Uit dit voorbeeld blijkt dat in deze ranglijsten geen rekening wordt gehouden met de context van de data en de toelichting van organisaties. Om uitkomsten op prestatie-indicatoren zinvol te kunnen vergelijken zijn eenduidige interpretatie van de indicator en het meenemen van de context echter belangrijke voorwaarden.

In tegenstelling tot het geschetste belang van de positie op ranglijsten en de externe beeldvorming wordt in het SLAZ breed onderkend dat patiënten en verwijzers niet of nauwelijks kiezen op basis van de prestatie-indicatoren. Aangegeven wordt dat voor de patiënt met name de nabijheid van het ziekenhuis belangrijk is en dat de invloed vanuit de sociale omgeving een grote rol speelt. Voor de verwijzer zijn de betrekkingen met de specialisten van het ziekenhuis belangrijk evenals de snelheid waarmee een patiënt terecht kan in het ziekenhuis. Het SLAZ hecht echter waarde aan de benchmark die de ranglijsten in zich hebben. Deze benchmark kan de organisatie gebruiken als een soort reflectiemomenten om de organisatie te verbeteren. De adviseur Kwaliteit, Veiligheid en Projecten (verder te noemen de adviseur) geeft echter aan dat dit nog weinig in de praktijk gebracht wordt: "De organisatie vindt dit soort reflectiemomenten heel belangrijk. Kunnen we dat dan effectief internaliseren, dat staat nog in de kinderschoenen".

Samenvattend kan gesteld worden dat één uitgangspunt van de basisfilosofie prestatie-indicatoren is geweest dat ziekenhuizen zelf hun resultaten openbaar maken en dat de IGZ de gegevens niet gebruikt om ranglijsten te maken. Het zijn echter juist de ranglijsten die gepubliceerd worden in kranten en de beeldvorming naar de buitenwereld, die maken dat door het SLAZ veel belang wordt gehecht aan de prestatie-indicatoren. Aan de andere kant kunnen de ranglijsten ook leiden tot foutieve beeldvorming omdat de toelichting die ziekenhuizen geven op de data niet wordt meegenomen bij de samenstelling van de lijsten.



Ook kunnen grote verschillen ontstaan tussen ziekenhuizen op basis van verschil van interpretatie over indicatoren.

### *5.1.3 Belang prestatie-indicatoren en kwaliteit van zorg*

In diverse interviews is de relatie tussen de score op prestatie-indicatoren en de kwaliteit van de zorg aan de orde gekomen. De meningen hierover lopen uiteen. Sommige respondenten leggen hiertussen een directe link. De RvB zegt hierover:

Ik moet zeggen dat toen we voor de eerste keer die prestatie-indicatoren hadden gepresenteerd en daar dus die ranking uitkwam van het AD en wij op nummer twintig stonden of zo, ik in positieve zin verrast was. Ik dacht wij doen het niet slecht. Nummer twintig van de honderd dat vond ik best een opstekertje. (...) Wat je wel merkt dat als je zo'n positie wilt behouden, ja dan moet je ieder jaar verbeteren.

Anderen geven echter aan dat de kwaliteit van de zorg niet (alleen) afgelezen kan worden aan de scores op de prestatie-indicatoren. De adviseur is van mening dat, om echt een uitspraak te doen over kwaliteit van zorg in het ziekenhuis, niet alleen gekeken moet worden naar de medische inhoud, maar naar een totaal van samenhangende perspectieven. Zij vindt de prestatie-indicatoren een goed instrument maar slechts één perspectief op kwaliteit van zorg. Prestatie-indicatoren gaan pas 'spreken' als zij in de context van andere prestaties worden geplaatst. Zij zegt in dit verband:

Ik weet het niet, als je alles bij elkaar pakt, je financiële data, je indicatoren, je CQ-index, dan heb je alle perspectieven bij elkaar. En als je dat per thema aanlevert, bijvoorbeeld decubitus: je hebt een torenhoge post op de verbandmiddelen, je spoelmateriaal, je verpleegkundigen dat kost allemaal extra geld dat verbinden van decubitus, je patiëntervaringen zijn slecht op dat stuk en je prevalentie en incidentie zijn hoog, dan denk ik wel dat je iets kunt zeggen over hoe je het doet (...) Je hebt veel meer nodig dan alleen je medische inhoud om vast te kunnen stellen denk ik dat iets goed is of niet, om daar een normering aan te hangen.

Verder worden de prestatie-indicatoren belangrijk gevonden omdat zij een groot verbeterstuk in zich dragen. Gesteld wordt dat de prestatie-indicatoren in het SLAZ een enorme beweging op gang hebben gebracht van reflectie en beschouwing over de redenen van verschil met anderen en wat daar aan te doen. De adviseur geeft aan: "De prestatie-indicatoren zijn absoluut een trigger geweest om een ontwikkeling in het ziekenhuis in gang te zetten".

Externe druk en publicatie van de prestatie-indicatoren blijken een belangrijke voorwaarde te zijn voor het in gang zetten van kwaliteitsverbetering. De RvB verwoordt het als volgt: "Als je publiceert dan gaan er enorme kwaliteitsverbeteringen plaatsvinden in de ziekenhuizen en dat duurt ook lang (.....) Op het moment dat de externe druk afneemt zal zo'n beweging ook afnemen. Maar de externe druk zal niet afnemen". Dat externe druk daadwerkelijk een drijfveer is tot kwaliteitsverbetering, blijkt uit het interview met een decubitusconsulente. Ondanks het feit dat binnen het ziekenhuis al vele jaren aandacht was voor het onderwerp decubitus, geeft de consulente aan dat druk van de Inspectie heeft geleid tot een toenemende onderkenning van het belang van een goed decubitusbeleid. In het kader van het landelijk onderzoek decubitus heeft de Inspectie in juni 2003 een bezoek gebracht aan het SLAZ. Het SLAZ had in 2002 een decubitusprevalentie van 20% ten opzichte van 15% landelijk. De decubitusconsulente vertelt over de positieve spin-off van dit bezoek:

Ik moest bij de directie komen omdat de Inspectie op bezoek zou komen. Ik vond dat helemaal geweldig. Ik dacht krijg ik even hulp uit onverwachtse hoek. Want daar zijn ze altijd wel van onder de indruk, als de Inspectie komt om decubitus te bekijken. Ik weet niet meer wanneer dat was, maar dat kan wel eens vijf jaar geleden zijn, toen heb ik de wind meegekregen naar aanleiding van dat rapport dat toen gemaakt is.

In een brief van 24 juni 2003 van de Inspectie naar aanleiding van dit onderzoek staat de volgende conclusie: "Op basis van het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat de kwaliteitszorg met betrekking tot de preventie en de behandeling van decubitus binnen uw organisatie niet voldoende operationeel en geborgd is". Verder staat onder het kopje te nemen maatregelen: "De inspectie verwacht uiterlijk 1 oktober 2003 een plan van aanpak, waarin u aangeeft hoe u de kwaliteit van zorg met betrekking tot decubitus gaat verbeteren, rekening houdend met de resultaten van het inspectiebezoek" (IGZ 2003:2).

Sinds het genoemde Inspectiebezoek zijn veel interventies gepleegd om de kwaliteit van de decubituszorg te verbeteren, zoals het opstellen van een beleidsplan en wondbehandelplan. Er is allerlei decubitusmateriaal aangeschaft en er worden klinische lessen decubitus gegeven. Verder is er de projectmatige aanpak van decubitus onder het kwaliteitsprogramma Sneller Beter. Tot slot is recent de formatie decubitusconsulent uitgebreid. De RvB zegt over de decubituszorg: "We doen het met decubitus wel goed, rond de 3%. We haalden het eerste jaar een hoger percentage en daar zijn een aantal programma's opgezet door de dienst Klinische Zorg (...). Je hebt gezien dat het percentage daarna heel erg is gedaald".

Bij het verbeteren van de interne kwaliteit hebben de prestatie-indicatoren een leidend karakter. Aangegeven wordt dat dit leidende karakter niet onderschat moet worden. Onderkend wordt dat bij kwaliteitsverbetering blinde vlekken voorkomen moeten worden. Daarom probeert het SLAZ de grond voor kwaliteitsverbetering breder te trekken. Naast de prestatie-indicatoren van de IGZ worden ook klantervaringen als grond voor kwaliteitsverbetering genoemd. Door diverse respondenten is in dit kader het belang van de Consumer Quality Index (CQ-index) ziekenhuiszorg aangegeven, die eveneens kan worden beschouwd als een set prestatie-indicatoren. De ondergemiddelde score van het SLAZ op het aspect pijnbeheersing in de CQ-index 2006, is bijvoorbeeld de belangrijkste reden geweest voor het opzetten van het kwaliteitsproject Pijnbeheersing. Het belang van goede uitkomsten op de CQ-index wordt extra onderstreept doordat zorgverzekeraar AGIS deze uitkomsten gebruikt bij de inkoop van ziekenhuiszorg. Voor het SLAZ is AGIS de grootste zorgverzekeraar waarmee contractafspraken worden gemaakt. Omdat het SLAZ zich bevindt in een sterk concurrerende omgeving met teveel ziekenhuisbedden, hecht de organisatie veel belang aan goede scores. Door verbetering van kwaliteit wil het SLAZ zich onderscheiden op de ziekenhuismarkt en haar onderhandelingspositie verstevigen. Ook hier is dus externe druk, in dit geval van de financier, de drijfveer voor het in gang zetten van kwaliteitsverbetering. Met betrekking tot het breder trekken van de grond voor kwaliteitsverbetering heeft de RvB aangegeven dat hierover niet al te idealistisch gedacht moet worden:

Het is net als vroeger huiswerk maken, je maakt je huiswerk toch op grond van wat er getoetst wordt. Je leert vaak wat er getoetst wordt, dat was vroeger al zo. Maar de essentie van de zaak is natuurlijk dat wij gewoon kwalitatief een heel goed ziekenhuis willen zijn. En ik denk dat de indicatoren ons helpen om dat te zijn.

Uit bovenstaande blijkt dat in het SLAZ de publicatie van prestatie-indicatoren en de externe druk belangrijke prikkels zijn voor kwaliteitsverbetering. Ondanks dat aangegeven wordt dat blinde vlekken moeten voorkomen, lijkt door de sterke focus op verbetering van de zorg die samenhangt met de prestatie-indicatoren toch sprake van tunnelvisie. Door fixatie

op de prestatie-indicatoren worden wellicht andere belangrijke onderdelen van kwaliteit van zorg uit het oog verloren. Hiervoor zijn in dit onderzoek geen nadere aanwijzingen gevonden.

## **5.2 Kwaliteitsprogramma Sneller Beter**

Uit analyse van documenten en interviews blijkt dat het ziekenhuis geen (integraal) kwaliteitsmanagementsysteem heeft en ook niet is gecertificeerd. Wel neemt het SLAZ deel aan de derde tranche van het kwaliteitsprogramma Sneller Beter pijler 3. Op 5 september 2006 was de officiële landelijke start van het Sneller Beter pijler 3/tranche 3.

### *5.2.1 Keuze voor Sneller Beter*

De keuze van het SLAZ voor deelname aan het kwaliteitsprogramma Sneller Beter pijler 3 komt voort uit de wens van het SLAZ zich te onderscheiden in een concurrerende ziekenhuismarkt. De prestatie-indicatoren van de IGZ zijn niet de reden geweest voor deelname aan het kwaliteitsprogramma. Zij hebben in deze keuze wel zijdelings meegespeeld omdat betere zorg zich moet vertalen in betere prestaties en dus in betere scores. De adviseur verwoordt het als volgt:

Het was niet zo omdat de indicatoren er waren dat dát de reden was om mee te doen aan Sneller Beter. (...) Het was meer het algehele gevoel dat we echt iets aan de innovatie, aan de projectmatige aanpak daarvan wilden doen. Ik geloof dat dat in een versneld tempo de organisatie verder zou kunnen brengen. (...) Ja, het heeft een zijdelings effect. Als je het beter doet dan merk je dat aan je prestatie-indicatoren, doe je het beter op de Elsevier en de CQ-index, dus dat heeft er voor mij zeker achtergehangen, van dan heb je een andere rapportage.

### *5.2.2 Inbedding van prestatie-indicatoren van de IGZ in Sneller Beter*

Het SLAZ heeft de prestatie-indicatoren niet opgenomen in een Planning & Control cyclus. Ook zijn over de prestatie-indicatoren geen interne prestatie-afspraken gemaakt. De prestatie-indicatoren zijn bij het SLAZ ingebed in het kwaliteitsprogramma Sneller Beter pijler 3. Hiervoor is geen aparte stuurgroep, maar dit programma is ondergebracht onder het kernteam Beter, Veiliger, Vriendelijker. In dit kernteam houdt de adviseur zich onder andere bezig met veranderingen op het gebied van kwaliteit en veiligheid die samenhangen met de prestatie-indicatoren: het verbeteren van de indicatoren. Daarnaast is het hoofd MR verantwoordelijk voor de registratie en de rapportage van de prestatie-indicatoren naar de IGZ. De betreffende respondenten geven aan dat geregeld is wie waarvoor verantwoordelijk is, echter op een redelijk informele wijze. Het is als een logische verlenging van hun functies ontstaan. De verantwoordelijkheden zijn niet expliciet beschreven. In het kader van een effectieve internalisering van prestatie-indicatoren is dit kwetsbaar. Bij ziekte of ontslag van één van deze functionarissen is niet vastgelegd wat exact de taken en verantwoordelijkheden zijn. In de praktijk is gebleken dat dit tot problemen kan leiden. Gedurende dit onderzoek heeft de adviseur afscheid genomen van de organisatie. Doordat zaken niet goed zijn vastgelegd ontstond bij functionarissen die haar taken moesten waarnemen onduidelijkheid over de taakverdeling, de werkwijze en de stand van zaken rond prestatie-indicatoren.

### *5.2.3 Sneller Beter en gebruik indicatoren*

Binnen het kwaliteitsprogramma Sneller Beter wordt in de meeste projecten aangesloten bij prestatie-indicatoren die al centraal zijn vastgesteld. Dit lijkt een logisch gevolg van de landelijke structuur van Sneller Beter. Binnen pijler 2 van dit programma is namelijk in het kader van transparantie en verantwoording de IGZ basisset prestatie-indicatoren ontwikkeld. Opvallend is dat deze externe prestatie-indicatoren dus binnen de context van Sneller Beter projecten voor interne kwaliteitsverbetering worden gebruikt. Dit terwijl uit de literatuur blijkt

dat er spanning bestaat rond het gebruik van een indicator voor zowel externe als interne doeleinden.

In de Sneller Beter projecten speelt het Nolan-verbetermodel een centrale rol. Het is een belangrijk hulpmiddel bij het invoeren van de veranderingen en het geeft de verbeterteams houvast om de doelen en de vorderingen van het project te waarborgen. Voor elk verbeterproject wordt de PDSA-cyclus doorlopen. In deze cyclus wordt geleerd van reflectie op uitkomsten van zorg. In het kader van dit onderzoek is het belangrijk dat voor het zichtbaar maken van de resultaten, gebruik wordt gemaakt van indicatoren. Voor de kwaliteitsprojecten Decubitus en Pijnbeheersing zijn de indicatoren afgeleid van de IGZ-prestatie-indicatoren: het percentage patiënten op een verpleegafdeling met decubitus (incidentie en prevalentie) en het percentage patiënten met een VAS-score kleiner of gelijk aan 4 en groter dan 4 voor de pijnmeting. Verder is een onderdeel van het kwaliteitsprogramma het vergelijken (benchmarken) van resultaten met andere deelnemende ziekenhuizen. Dit onderzoek heeft zich echter beperkt tot het interne proces en heeft geen expliciete aandacht besteed aan de benchmark.

#### *5.2.4 Kwaliteitsprojecten Decubitus en Pijnbeheersing*

Het SLAZ heeft binnen Sneller Beter de projecten Decubitus en Pijnbeheersing opgestart. De doelen van deze projecten zijn verwoord in termen van prestatie-indicatoren. De doelstelling voor het decubitusproject is: "Daling van de prevalentie < 7% voor de algemene verpleegafdelingen en < 18% voor de Intensieve Care Unit (ICU). Incidentie 0". Het doel van het project Pijnbeheersing is: "Pijnscore met behulp van de VAS-score < 4 in de eerste 72 uur postoperatief. Drie dagen, drie keer per dag postoperatief meten met behulp van een meetlatje. Pijnprotocol voor verpleegkundigen om zonder tussenkomst van een arts pijnmedicatie te geven" (SLAZ 2007b).

De projectleiders van deze kwaliteitsprojecten zijn inhoudelijk deskundigen, te weten een decubitusconsulent en een anesthesioloog. Zij zijn zeer tevreden met de komst van Sneller Beter. De aandacht voor hun vakgebied is toegenomen en hun positie is verstevigd. De projecten ondersteunen ziekenhuisbreed het belang van goede decubitus- en pijnzorg. De anesthesioloog zegt in dit verband:

Mijn idee was om meer lessen te geven op de afdelingen. Dat dit project werd aangenomen, dat is mij eigenlijk gewoon in de schoot geworpen en dat heb ik aangepakt. Dat is goed en een mooi handvat want dan kan ik daarmee op de afdeling makkelijker binnenkomen, heb ik inzicht en krijg ik informatie van hen over hoe hun pijnbehandeling is, kan ik meteen met hen converseren over hoe kan dit beter of hoe kunnen we hier nog verbeteringen aan toepassen. Het is voor mij een hulp om verder te komen, een cadeautje.

Per deelnemende (verpleeg)afdeling is een verbeterteam gevormd. Dit team bestaat naast de projectleider en procesbegeleider uit een aantal leden van de afdeling: de teamleider en specifiek geïnteresseerde verpleegkundigen pijn of decubitus (aandachtsvelders). De functiebeschrijving aandachtsvelder decubitus is in bijlage 4 opgenomen. Het verbeterproject is een project van de verpleegafdeling, het team is verantwoordelijk voor de resultaten. In de kwaliteitsprojecten ligt de verantwoordelijkheid voor kwaliteitsverbetering dus bij de professionals op de werkvloer.

Samenvattend kan gesteld worden dat het SLAZ de prestatie-indicatoren heeft ingebed in het kwaliteitsprogramma Sneller Beter. Door de prestatie-indicatoren zowel te gebruiken in de doelstelling van de kwaliteitsprojecten Decubitus en Pijnbeheersing als om resultaten van het project te meten, lijkt een projectmatige internalisering van de betreffende indicatoren in het zorgproces plaats te vinden.

## 5.3 Dataverzameling voor externe verantwoording

### 5.3.1 Voorwaarden dataverzameling prestatie-indicatoren

Het SLAZ gebruikt de al reeds bestaande Landelijke Medische Registratie (LMR) van het ziekenhuis als één van de dataverzamelingen ten behoeve van de rapportage van de prestatie-indicatoren. Het hoofd MR is van mening dat er ten behoeve van de prestatie-indicatoren (maar) een aantal aanpassingen hebben plaatsgevonden in de informatie-infrastructuur. Aanpassingen zijn veelal gedaan ten behoeve van de verbeterprojecten onder Sneller Beter. Voor de prestatie-indicatoren wordt van deze registraties wel gebruik gemaakt. De adviseur zegt hierover: "Aanpassingen zijn niet voor de indicatoren gemaakt, als wel voor het project zelf. Het mes snijdt wel aan twee kanten". Het hoofd MR onderschrijft de basisfilosofie dat de registratielast voor de prestatie-indicatoren beperkt moet blijven door aan te sluiten bij bestaande registraties. Daarbij onderkent hij dat voorkomen moet worden dat het aanleveren van prestatie-indicatoren aan de IGZ een ritueel is. Hij vindt het belangrijk dat intern ook echt iets met de cijfers wordt gedaan. Hij zegt hierover:

Wij zijn uitgegaan en dat is ook de stelling van de Inspectie, dat je gebruik moet maken van hetgeen je al hebt. Dus een groot deel van de gegevens halen wij uit de Landelijke Medische Registratie. (...) Een ander deel is daar niet uit te halen en dat wordt dan aangeleverd door verschillende afdelingen (...) De aanlevering van prestatie-indicatoren is toch enerzijds een verplicht nummer, maar ze worden ook intern gebruikt. De cijfers die er uit komen daar wordt echt naar gekeken, daar wordt iets mee gedaan (...) Als instrument moet je het juist ook intern gebruiken, om te kijken waar verbeteringen mogelijk zijn.

De eerste jaren van de prestatie-indicatoren is er intern een zoektocht geweest naar data. In het begin waren veel data nog niet uit de Landelijke Medische Registratie (LMR) van het ziekenhuis te halen omdat bijvoorbeeld anders gecategoriseerd werd dan in de prestatie-indicator. Ook bleek een deel van de data uit de LMR niet helemaal te kloppen. Verder is er discussie geweest over hoe de prestatie-indicatoren geïnterpreteerd moesten worden. Met de medisch specialisten zijn gesprekken gevoerd over de prestatie-indicatoren, over de betekenis van de indicatoren maar ook over de te gebruiken data. Dit heeft enigszins geleid tot een andere manier van registreren maar ook tot een andere interpretatie van de vastgelegde data. Vanwege de vele onduidelijkheden rond de (definitie van de) prestatie-indicatoren, is in het SLAZ eigenlijk automatisch een coproductie gegroeid tussen de medisch specialisten/Medische Staf en de afdeling Medische Registratie. Deze samenwerking vormt de basis voor de dataverzameling voor de externe verantwoording naar de IGZ, maar ook voor het verder brengen van de prestatie-indicatoren. Hiermee lijkt een belangrijke voorwaarde geschapen te zijn voor het internaliseren van prestatie-indicatoren.

Naast het aansluiten bij de reguliere registraties is ook het belang genoemd van implementatie van indicatoren in het werkproces. Ook is aangegeven dat het voor het internaliseren van prestatie-indicatoren belangrijk is, dat bij- en nascholing plaatsvindt aan de mensen die betrokken zijn in het dataverzamelingsproces. De adviseur zegt hierover:

De mensen die zullen gaan verzamelen, gaan registreren, die ook de data gaan interpreteren binnen hun taakgebied, zul je iets van opleiding en bijscholing mee moeten geven: hoe verzamel je data, hoe interpreteer je het en hoe rapporteer je hierover. (...) Want het moet wel allemaal ingevoerd worden en voeren mensen het dan wel op de juiste manier in. Het blijft mensenwerk. En daarin denk ik als het gaat om het internaliseren van die indicatoren dat je ook een stuk bij- en nascholing bij degenen die het allemaal in moeten voeren moet meenemen, anders haal je het er nooit goed uit.

Aangegeven is dat aan deze aspecten invulling wordt gegeven door het onderbrengen van (een deel van) de prestatie-indicatoren in de projecten van Sneller Beter. Binnen de projecten wordt de koppeling gemaakt tussen de indicator en het werkproces en vindt tevens bij- en nascholing plaats ten aanzien van indicatoren. Voor de externe rapportage van decubitus en pijn na operatie wordt echter van verschillende databestanden gebruik gemaakt en slechts in beperkte mate van projectregistraties. Daarbij zijn bij het registreren en interpreteren van al deze data ook veel verschillende functionarissen betrokken, te weten: verpleegkundigen, medisch specialisten, medewerkers team Acute Pijnservice, secretaressen, codeurs medische registratie, procesbegeleiders, adviseur en hoofd MR. Met het geven van bij- en nascholing binnen de kwaliteitsprojecten wordt echter maar een deel van deze groep mensen bereikt.

### *5.3.2 Proces dataverzameling voor externe rapportage*

Het hoofd MR is als projectleider prestatie-indicatoren door de RvB verantwoordelijk gesteld voor de rapportage van de prestatie-indicatoren naar de IGZ. In overleg met de adviseur wordt een verdeling gemaakt wie voor welke indicatoren de dataverzameling in gang zet. Voor decubitus en pijn na operatie wordt dit door het hoofd MR gedaan. In de loop der jaren is voor de dataverzameling als het ware een 'standaard werkwijze' ontstaan. Zoals aangegeven vormt de samenwerking met de medisch specialisten de basis voor de dataverzameling. Voor alle indicatoren zijn er in de organisatie contactpersonen. Voor decubitus is dit de decubitusconsulent en voor postoperatieve pijn de anesthesioloog en een procesbegeleider. Deze functionarissen zijn ook allen verbonden aan de kwaliteitsprojecten. Rond de dataverzameling bestaat een intensief afstemmingsproces.

In grote lijnen verloopt het dataverzamelingsproces als volgt. In januari start het hoofd MR met het doen van verzoeken aan zijn contactpersonen om gegevens voor de indicatoren aan te leveren. Dit betreft gegevens die niet uit de LMR/DBC/datawarehouse kunnen worden gehaald. Na ontvangst van de gegevens vindt controle plaats en indien nodig volgt nader overleg en afstemming. Vervolgens worden de data per indicator verwerkt. Ook data die het hoofd MR uit de LMR haalt, worden voorgelegd aan de betreffende contactpersonen. Bij elke indicator wordt in samenspraak tussen contactpersoon en het hoofd LMR een toelichting geschreven. De 'gevulde' indicator en tekst worden vervolgens door het hoofd nogmaals ter verificatie voorgelegd aan de contactpersonen. Na goedkeuring van de data door alle betreffende vakgroepen en 'andere specialisten' wordt over het betreffende jaar een conceptrapportage prestatie-indicatoren opgesteld. Dit concept wordt ter accordering voorgelegd aan de voorzitter van de RvB. Het hoofd MR geeft aan: "De data worden geverifieerd en geaccordeerd door de contactpersonen/medisch specialisten, voordat zij überhaupt gepubliceerd worden". Na goedkeuring door de RvB worden de gegevens uit de definitieve rapportage door het hoofd MR overgezet op een speciale website: ziekenhuistransparant.nl.

In het definitieve rapport over de prestatie-indicatoren worden ter spiegeling ook de cijfers van de afgelopen jaren en de landelijke vergelijkingscijfers vermeld. Zo ontstaat inzicht in de interne ontwikkeling van de indicatoren en ook ten opzichte van landelijk. Dit rapport wordt intern verspreid naar alle vakgroepen, is voor alle medewerkers beschikbaar via intranet en voor het externe publiek via internet. Na verspreiding is er geen actieve bemoeienis meer van het hoofd MR. Het is aan de vakgroepen zelf om iets met de data in het rapport te doen.

Onder meer naar aanleiding van de gegevensaanlevering over de prestatie-indicatoren vindt een overleg plaats tussen de Inspectie en het SLAZ. De Inspectie neemt hiertoe het initiatief in de vorm van een Jaargesprek. Bij het gesprek zijn namens het SLAZ de RvB, de adviseur en het hoofd MR aanwezig. De Inspectie stuurt vooraf een lijstje met gespreksonderwerpen. De prestatie-indicatoren vormen hiervan een belangrijk onderdeel. Het betreft veelal zaken waarbij afgeweken wordt van het gemiddelde, de focus ligt daarbij op de medische indicatoren. Het hoofd MR maakt ter voorbereiding van dit onderdeel van het gesprek een samenvatting van de betreffende indicatoren en de bijbehorende interventies. In het gesprek

met de Inspectie maakt het SLAZ aan de hand van de interventies inzichtelijk wat het ziekenhuis doet om de betreffende indicatoren te verbeteren. Het hoofd MR zegt in dit kader van zijn voorbereidingen: “We hebben een compliment gekregen over onze ziekenhuistransparantie”. De adviseur merkt over het gesprek met de Inspectie op: “Het is daarbij ook belangrijk dat je het charmant kunt vertellen”. Het lijkt er dus op dat het gesprek met de Inspectie toch ook iets van een ritueel inhoudt. De adviseur vindt dat de Inspectie zich reflectief opstelt. Zij zou echter graag zien dat de Inspectie ook meer decentraal in het ziekenhuis het gesprek voert, niet alleen met de RvB maar ook met de medewerkers uit de lijn. Ook vindt de adviseur dat de Inspectie niet alleen zou moeten kijken naar de negatieve signalen maar ook naar de positieve signalen, zodat ziekenhuizen van elkaar kunnen leren. De adviseur zegt in dit verband:

Zeker het laatste gesprek wat wij met ze hadden, dan zijn ze eigenlijk ook heel positief. Ik zeg dan ook, biedt aan, kom een middag langs, dan laat ik zien wat we hier doen (...) Het zit voor de inspecteurs op het aangaan van het gesprek in de lijn. Ga nou eens kijken wat een ziekenhuis doet. Als je echt toezicht wil houden, dan zou ik dat niet alleen uit de data halen, dan zou ik veel meer een soort van werkbezoeken afleggen (...) Dat signaal is dan alleen maar datgene waar het door het ijs schiet. Wat ook leuk zou zijn als er een signaal uitgaat waar een ziekenhuis het juist heel goed doet, zodat andere ziekenhuizen er van kunnen leren. Toezicht is niet alleen maar de normering van de vinger omhoog houden, maar ook waar kunnen we (van elkaar) leren denk ik.

De RvB deelt deze mening. De voorzitter heeft dit tijdens het gesprek met de Inspectie naar voren gebracht. Het is opgenomen in het door de Inspectie opgestelde gespreksverslag. De Inspectie heeft deze handschoen echter nog niet opgepakt. De adviseur vindt dat jammer maar heeft de verwachting dat de IGZ in de toekomst af zal dalen om de werkpraktijk te zien. Uit de oratie van Bal blijkt echter dat inspecteurs zelf aangeven dat indicatoren hen weinig ruimte geven om op de werkvloer te gaan kijken (Bal 2008).

In het gesprek met de Inspectie komen de onderwerpen decubitus en pijn na operatie niet aan de orde. De scores liggen rond het landelijk gemiddelde en vormen geen signaal voor het in gang zetten van nader onderzoek (de ‘tweede fase’ in het gefaseerde toezicht van de Inspectie). Er gaat dus van de Inspectie (tegenwoordig) geen externe druk uit om de kwaliteit van zorg voor decubitus en pijn na operatie in het SLAZ te verbeteren. Ook intern vormt het afstemmingsproces rond de dataverzameling voor externe rapportage voor deze indicatoren nauwelijks (nog) een impuls voor kwaliteitsverbetering. Het proces verloopt soepel en er is weinig discussie over interpretatie van indicator en data.

### *5.3.3 Opvallendheden externe dataverzameling decubitus en pijn na operatie*

Voor de berekening van de indicatoren worden verschillende databestanden en ook verschillende werkwijzen gebruikt. Het ene percentage is een exacte berekening en het andere is gebaseerd op een steekproef. Soms is een percentage niet gebaseerd op data maar op beleid. Hieronder worden de opvallende bevindingen per indicator besproken.

#### *- Puntprevalentiemeting decubitus*

Al vele jaren doet het SLAZ mee aan het landelijk puntprevalentie-onderzoek decubitus. Deze meting wordt elk jaar op één dag uitgevoerd. Voor deze dag hebben de decubitusconsulenten een ‘draaiboek’. Opvallend is dat in de interviews door alle respondenten is aangegeven dat de indicator prevalentie decubitus geen goede indicator is vanwege het feit dat toevaligheid een grote rol speelt bij deze meting. Ook bestaat de mogelijkheid om te sturen. De decubitusconsulente zegt hierover:

De puntprevalentie is één keer één dag. Dat geeft geen goed inzicht. Heb je pech dan scoor je hoog, heb je mazzel dan scoor je laag (...) Het is geen bruikbare indicator want in het ergste geval kan je zeggen "Ontslaan iedereen", heel kort door de bocht, "Morgen mag u terugkomen, nu even een dagje wachten". Je kan het sturen. Zo kan je ook zeggen het is geen decubitus, dat is vochtletsel, dat is de andere kant.

Tijdens de observatie van de puntprevalentie (d.d.17 april 2008) wordt echter een groot enthousiasme en betrokkenheid bij de meting geconstateerd. Dit staat in contrast met het gegeven dat de decubitusconsulenten prevalentie geen goede indicator vinden. De consulenten vinden echter dat de meting voor hen meerwaarde heeft. Het prevalentie-onderzoek leidt tot extra vragen en aandacht voor decubitus. Ook heeft de dag een educatieve functie. Bij het rondlopen op de afdeling en het controleren van de patiënten worden instructies gegeven over preventieve maatregelen zoals het gebruik van kussens en wisselgigging. Verder biedt het onderzoek de mogelijkheid om op bepaalde afdelingen 'een voet tussen de deur' te krijgen. Het biedt een ingang om op afdelingen zoals bijvoorbeeld de CCU (hartbewaking) waar men van mening is dat er geen/weinig decubitus voorkomt toch het belang van decubituspreventie voor het voetlicht te brengen. Tevens worden de uitkomsten van het prevalentie-onderzoek gepresenteerd aan de aandachtsvelders decubitus en wordt op basis van het rapport gekeken of het decubitusbeleid aanpassing behoeft. De prevalentiemeting biedt dus een extra ondersteuning aan het decubitusbeleid.

Verder zijn de decubitusconsulenten van mening dat er in het ziekenhuis bij de prevalentiemeting geen *gaming* plaatsvindt. De decubitusconsulenten geven aan dat het onderzoek op de verpleegafdeling toch met name een eenmansactie van de aandachtsvelder decubitus is. Een decubitusconsulente vertelt ter illustratie dat een teamleider tijdens het prevalentie-onderzoek op die verpleegafdeling, spontaan heeft gezegd geen extra aandacht te hebben besteed aan decubitus omdat dit niet de bedoeling is en zij het onderzoek niet wilde beïnvloeden. In een interview met een andere teamleider die tevens aandachtsvelder is, zegt deze echter over het prevalentie-onderzoek: "Ik heb extra aandacht geschonken aan het onderwerp, je wilt er als afdeling toch graag goed uitkomen". Verder heeft de onderzoeker zelf niet kunnen constateren dat het onderzoek er toe heeft geleid dat bepaalde patiënten eerder ontslagen zijn of dat opnamen zijn uitgesteld.

Tot slot is opvallend dat de wijzigingen in de inclusiecriteria van de prevalentie-indicator niet meegenomen zijn in het prevalentie-onderzoek 2008. De decubitusconsulenten zijn intern niet geïnformeerd over deze aanpassingen. Zij vermoedden al wel dat er wat gaande was omdat zij mailtjes hebben ontvangen van collega's uit het decubitusnetwerk over het includeren van vochtletsel. Zij zijn van mening dat een vochtletsel geen decubitus is en wachten de landelijke discussie af voordat zij tot aanpassingen overgaan. Dit sluit aan bij een uitspraak van het hoofd MR die aangeeft pas tot aanpassingen in de infrastructuur over te gaan als duidelijk is of de (aanpassing van de) indicator ook voor de zorg zinnig is: "Ik denk dat het belangrijk is, of je het [de indicator] ook intern gebruikt".

#### *- Indicator decubitusincidentie bij een homogene patiëntenpopulatie*

Over de decubitusincidentie zijn respondenten van mening dat dit een bruikbare indicator is. Inzicht in de incidentie is waardevol omdat het iets zegt over de kwaliteit van de geleverde verpleegkundige zorg. De incidentiemeting van de prestatie-indicator heeft echter alleen betrekking op de patiëntengroep met een totale heupvervangings. In het SLAZ ontstaat bij deze patiëntengroep nauwelijks decubitus omdat deze patiënten veelal in een Joint-Care-programma behandeld worden. Patiënten worden op maandag geopereerd, starten op dinsdag met (groepsgewijze) revalidatie en worden op vrijdag weer ontslagen uit het ziekenhuis. Vanwege de beperkte patiëntengroep en de lage score op deze indicator, 1,2% in 2006 en 0% in 2007 (SLAZ 2008a), gaat er van deze indicator geen prikkel uit voor kwaliteitsverbetering.

Voor het vullen van de prestatie-indicator wordt door het hoofd MR gebruik gemaakt van de LMR. Het is niet mogelijk het projectbestand van Sneller Beter te gebruiken omdat



daar geen medische indicatie wordt vastgelegd. Codeurs van de afdeling Medische Registratie coderen 'alle' gegevens uit het patiëntdossier en voeren deze vervolgens in de LMR in. Dit geldt ook voor totale heupvervanging en decubitus. Daar waar een match ontstaat wordt geteld. Er wordt bij de registratie onderscheid gemaakt tussen al bij opname aanwezige decubitus en decubitus die in het ziekenhuis is ontstaan. In de LMR wordt de decubitusgraad niet vastgelegd. Voor de rapportage vindt geen nadere analyse plaats van deze data. Het hoofd MR zegt in dit verband: "De graad wordt niet als zodanig gespecificeerd. Ik ga er van uit dat als decubitus in het dossier staat vermeld, dit twee of hoger is". Hij geeft hier dus een eigen interpretatie aan de data. Door graad I mee te nemen in de data kunnen ten onrechte teveel patiënten met decubitus worden meegenomen in de indicator. Echter, gezien het lage percentage dat wordt gescoord op deze indicator is dit effect verwaarloosbaar en daardoor niet interessant om energie in te steken.

*- Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij post-operatieve patiënten*

Opvallend is dat het percentage gestandaardiseerde pijnmetingen op de recovery bepaald wordt aan de hand van het beleid en niet op basis van data. Het pijnbeleid op de recovery is dat patiënten de afdeling pas mogen verlaten als de pijnscore kleiner of gelijk aan vier is. Hiervan vindt wel registratie plaats op het anesthesieformulier maar deze gegevens worden niet ingevoerd in een bestand. Daarom wordt op basis van het beleid geconcludeerd dat op de recovery bij alle operatiepatiënten een gestandaardiseerde pijnmeting plaatsvindt: het percentage is 100%.

*- Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore van boven de zeven*

Voor deze indicator is over het jaar 2007 voor het eerst gebruik gemaakt van het projectbestand Pijnbeheersing. Deze indicator is in de basisset 2007 gewijzigd (IGZ et al. 2006). Voorheen werd het percentage patiënten met een gemiddelde pijnscore van 4 of minder gevraagd. Nu concentreert de indicator zich op het aantal patiënten met op enig moment een pijnscore van zeven of hoger. Het percentage wordt uitgedrukt in patiënten met een score kleiner dan 7. Bij het binnenkomen van het verzoek om gegevens aan te leveren is de procesbegeleider ontstemd dat zij niet op de hoogte is gesteld van deze wijziging. De projectrapportages zijn gebaseerd op VAS-score kleiner of gelijk aan vier. "Dit betekent dat ik deze data nu handmatig uit moet zoeken, daar ben ik niet blij mee". De procesbegeleider geeft echter aan hier wel haar energie in te willen steken. Haar verwachting is dat het aantal patiënten met een pijnscore groter of gelijk aan 7 kleiner zal zijn dan het aantal patiënten met een score groter of gelijk aan 4. Dit geeft volgens haar dus een beter beeld van het ziekenhuis naar buiten. Hier speelt de beeldvorming naar buiten dus mee in de motivatie voor het aanleveren van data. Uit het rapport "Basisset Prestatie Indicatoren 2007 Sint Lucas Andreas Ziekenhuis" blijkt dat het percentage patiënten met een pijnscore < 7 in de eerste 72 uur na operatie bij het SLAZ 92,1 % was (SLAZ 2008a). Het voorgaande jaar was het percentage patiënten met een acceptabele pijnscore (< 4) 75,2% (SLAZ 2007c). Alhoewel de scores op de pijnindicator niet meer vergelijkbaar zijn, zou van het hogere percentage patiënten (pijnscore lager dan zeven) een positiever beeld van het pijnbeleid van het SLAZ uit kunnen gaan. De scores van het SLAZ op de prestatie-indicatoren decubitus en pijn na operatie zijn opgenomen in bijlage 5 en 6.

Uit de beschreven dataverzameling blijkt dat de dataregistratie voor externe verantwoording van decubitus en pijn na operatie maar gedeeltelijk is geïntegreerd in het verpleegkundig zorgproces. In de loop der tijd heeft het dataverzamelingsproces zich echter wel ingenesteld in de organisatie. Er is een soepele afstemmingsstructuur ontstaan rond deze prestatie-indicatoren. Wat dat betreft is er sprake van een vorm van internalisering van de prestatie-indicatoren in de organisatiestructuur. De prestatie-indicatoren zijn werkend gemaakt voor externe verantwoording. De dataverzamelingsprocessen voor decubitus en pijn na operatie zelf zijn (tegenwoordig) maar in beperkte mate een prikkel voor kwaliteitsverbetering.

## RESULTATEN

---

### 6. PRESTATIE-INDICATOREN EN PRIMAIRE PROCES

#### 6.1 Prestatie-indicatoren voor professionals en kwaliteit van zorg

Het externe belang dat door het management gehecht wordt aan de prestatie-indicatoren wordt niet teruggezien bij de professionals in het primaire proces. De verpleegkundigen kennen de term prestatie-indicator niet. Tijdens observaties en interviews geven meerdere verpleegkundigen aan niet te weten wat prestatie-indicatoren zijn: “Ik heb er nog nooit van gehoord”. Zij hebben geen notie dat prestatie-indicatoren voor de buitenwereld een indicatie zijn voor de kwaliteit van zorg van het ziekenhuis. De verpleegkundigen denken vanuit het primaire zorgproces en vinden het belangrijk dat de kwaliteit van zorg die zij aan de patiënt leveren goed is. Zij zijn zich niet bewust dat door registratie van metingen zoals pijn- en decubituscores, wordt bijgedragen aan externe transparantie van de geleverde zorg. Het kader van de verpleegkundigen beperkt zich tot de binnenwereld van het ziekenhuis en veelal tot de eigen afdeling.

Door de medisch specialisten worden veel prestatie-indicatoren beschouwd als onderdeel van de normale zorg. Ook de medisch specialisten vinden het belangrijk dat zij goede zorg leveren. De maatstaf die de prestatie-indicator in zich heeft, speelt bij de bepaling van goede zorg wel een rol. Door vakgroepen wordt de eigen score afgezet tegen de maatstaf of het landelijk gemiddelde. Deze vergelijking is een aanleiding om te kijken wat in de zorgverlening beter kan. Hier lijkt dus door reflectie op prestaties internalisering van prestatie-indicatoren plaats te vinden. De prestatie-indicatoren worden door vakgroepen niet gebruikt om posities te vergelijken en hebben voor hen ook geen imago-effect. Externe uitstraling op de prestatie-indicatoren speelt dus niet op de werkvloer. Bij de professionals lijkt vooral de intrinsieke motivatie een rol te spelen bij kwaliteitsverbetering. Een medisch specialist die tevens zitting heeft in het medisch stafbestuur verwoordt het als volgt:

Die prestatie-indicatoren, heel veel zijn gewoon onderdeel van de normale zorg. Het is eigenlijk het registreren van iets dat normale zorg is. (...). Ik vind het wel belangrijk dat dat heel goed gebeurt, want daarmee sta je in de openbaarheid. Je geeft daarmee weer hoe goed je zorg is. Dat zal zeker door de Raad van Bestuur sterk gedragen worden. Door de vakgroep, ja als onderdeel van de normale zorg die moet gebeuren. Maar niet, dat is mijn imago, daarmee komen we er beter uit als vakgroep. Niet van hoe het er aan de buitenkant uitziet. Maar leveren we goede zorg.

Professionals lijken dus met name vanuit een intrinsieke motivatie belang te hechten aan een goede kwaliteit van zorg. Voor het leidinggevend kader en staffunctionarissen spelen bij kwaliteitsverbetering vooral externe motieven een grote rol. Dit sluit aan bij de bevindingen in het onderzoek van Wollersheim et al. (2006). Om tot kwaliteitsverbetering op basis van prestatie-indicatoren te komen, adviseren Wollersheim et al. aan te sluiten bij de eigen motivatie van professionals. Het kwaliteitsprogramma Sneller Beter geeft hier invulling aan door professionals de leiding te geven over projecten en verantwoordelijk te maken voor resultaten van projecten.

In interviews en tijdens observaties op diverse verpleegafdelingen is aan veel verschillende functionarissen gevraagd wat zij onder goede zorg voor decubitus en pijn verstaan. De antwoorden van de respondenten waren opvallend eensgezind. Bij decubitus geven alle respondenten aan dat het voorkomen van decubitus, het preventief handelen, het belangrijkste is. Zoals een verpleegkundige van de Intensive Care het verwoordt: “Bij decubitus is preventie nummer één, het voorkomen van is het belangrijkste”.

Onder goede kwaliteit van zorg ten aanzien van pijn wordt verstaan: het behandelen van pijn zodat deze pijn voor de patiënt draaglijk is. Dit komt overeen met een VAS-score

kleiner dan of gelijk aan 4. Het SLAZ streeft er naar een 'pijnvrij ziekenhuis' te zijn. Door sommige respondenten is aangegeven dat de term pijnvrij eigenlijk geen reële term is voor een ziekenhuis. Pijn is soms een behandelindicator, zoals bij hartaandoeningen. Een teamleider zegt hierover: "Pijn is een indicatie dat er iets is. Soms is het goed dat een patiënt pijn aan kan geven". De term 'pijnvrij ziekenhuis' staat daarom ook tussen aanhalingstekens. Voor postoperatieve pijn die veroorzaakt wordt door het snijden speelt deze discussie niet. Hier is pijn niet meer of minder dan een uiting van de snijwond en dient bestreden te worden. Omdat het onderzoek zich richt op de indicator postoperatieve pijnbeheersing wordt op de spanning rond het aspect 'pijnvrij' niet verder ingegaan.

## **6.2 Nieuwe manier van zorgverlening**

De projecten Decubitus en Pijnbeheersing richten zich op het implementeren van een 'nieuwe' manier van zorgverlening. De meest essentiële verandering is dat de verpleegkundigen actief en systematisch moeten anticiperen op decubitus en pijn en systematisch maatregelen moeten nemen. De nieuwe werkwijzen worden ondersteund door gestandaardiseerde controles en metingen en moeten leiden tot een vermindering van de decubitusincidentie en tot een 'pijnvrij' ziekenhuis. Om dit te bereiken zijn de IGZ-indicatoren decubitus en pijn na operatie verweven in het verpleegkundig zorgproces. De werkwijzen zijn vastgelegd in protocollen. Een aantal voorbeelden van protocollen is opgenomen in bijlagen 7 en 8.

Voor zowel decubitus als pijn geldt dat de nieuwe werkwijze ziekenhuisbreed wordt ingevoerd. Het hoofddoel van het decubitusbeleid is het voorkomen van decubitus bij alle klinische patiënten. Het beleid beperkt zich dus niet alleen tot de patiëntengroep uit de incidentie-indicator. Ook ten aanzien van pijn wordt het beleid breder getrokken dan alleen het bestrijden van de postoperatieve pijn waar de prestatie-indicator zich op richt. Voor het breder trekken van de projecten zijn de medisch inhoudelijke projectleiders belangrijke initiators. Verbreding vindt plaats vanuit een intrinsieke motivatie. De adviseur ondersteunt deze ontwikkeling van harte:

Postoperatieve afdelingen, daar ben je snel mee klaar. Dus dan volgt het gesprek moet dit het dan zijn. En omdat de anesthesioloog van het projectteam ook de link heeft naar het pijnteam ziet zij zoveel andere soorten pijn waar ze niet op scoren of niet goed op kunnen scoren. Waarmee je dan nu een instrument in handen hebt dat als je dat goed aanpast het wel meetbaar kan maken. (...) Ja, dat zijn goede uitbreidingen van een project als postoperatieve pijn.

Eerder is aangegeven dat bij het SLAZ sprake lijkt van een tunnelvisie door de sterke gerichtheid op het verbeteren van (zorg)aspecten die samenhangen met de prestatie-indicatoren. Het ziekenhuisbreed trekken van zowel het decubitus- als pijnbeleid lijkt het hebben van een tunnelvisie echter grotendeels te weerleggen.

Onderdeel van de nieuwe manier van zorg verlenen is ook dat verpleegkundigen hun bevindingen zoals controles en metingen consequent en systematisch moeten registreren. Deze registratie dient meerdere doelen. Ten eerste ondersteunt het (de continuïteit van) het verpleegkundig zorgproces. Ten tweede wordt door registratie inzicht verkregen in het ontstaan van decubitus in het ziekenhuis (incidentie), de mate van decubitus en pijn op verpleegafdelingen en de ontwikkeling hiervan in de loop van de tijd. Tevens kan de registratie gebruikt worden voor de externe verantwoording (prestatie-indicatoren). Verder wordt de registratie gedurende het project gebruikt om de implementatie van de nieuwe werkwijze te ondersteunen. Regelmatig wordt feedback gegeven op het nieuwe handelen van de verpleegafdeling. De projectfilosofie hierachter is dat continue registratie van zorg en terugkoppeling van informatie over het handelen er toe leidt dat gedrag verandert en dat de nieuwe werkwijze ingesleten raakt.

Feedback vindt plaats aan de hand van IGZ-indicatoren. Voor decubitus wordt maandelijks de mate van registratie en het aantal decubituspatiënten in beeld gebracht. Daarbij wordt een uitsplitsing gemaakt naar prevalentie en incidentie. Voor pijn wordt inzicht gegeven in de mate van registratie en pijn: aantal VAS-scores groter dan vier (niet aanvaardbare pijn) en kleiner en gelijk aan vier (aanvaardbare pijn). Van de gegevens worden grafische overzichten gemaakt. Voorbeelden hiervan zijn opgenomen in bijlage 9. De overzichten worden teruggekoppeld in het verbeterteam en op de afdeling. In deze besprekingen wordt ingegaan op de registratie en het verloop van de uitvoering van het nieuwe zorgbeleid op de afdeling. De teamleider/afdeling kan daarbij aangeven tegen welke vragen en problemen zij aanlopen. Vaak worden de overzichten ook nog besproken in het teamoverleg en opgehangen op de afdeling. De projectleider Pijnbeheersing is positief over dit feedbacksysteem:

Ik krijg dan cijfers of overzichten terug en dan ga ik terug naar de afdelingen en houd daar een praatje over, hoe het gaat, hoe ze gemeten hebben, waar ze op- of aanmerkingen over hebben, hoe de pijnbestrijding gaat op de afdeling, of ze vinden dat ze tekorten hebben, waar dan tekorten of hoe ze anderszins met de pijn omgaan. Een soort feedbacksysteem krijg je daardoor. (...) Het projectmatig pijn registreren, opschrijven van de VAS-score, is van Sneller Beter 3. Dat wij teruggaan en de afdeling feedback geven over hoe ze het gedaan hebben en dat ze zelf bij ons terug kunnen komen met wat er volgens hen niet goed gaat, dat is hetgeen wat wij er als voordeel uit lostrekken.

Door het inzichtelijk maken van de omvang van decubitus en niet aanvaardbare pijn op de verpleegafdeling, wil men de verpleging bewust maken van het belang van pijnbeheersing en decubituspreventie voor de patiënt. Ook moet het inzicht aanzetten tot het verbeteren van de eigen zorgverlening. De ervaring van de procesbegeleiders is dat het terugkoppelen van gegevens leidt tot reflectie en dat hiervan een leereffect uitgaat:

Het hele project dient er toe om de aandacht en de zorg voor de aandacht, om die weer op de juiste plaats te leggen. Het is eigenlijk meer de bedoeling dat mensen door de meetgegevens geconfronteerd worden met wat er op hun afdeling gebeurt (...) Als je mensen dus in getallen laat zien wat er op de afdeling gebeurt, dan zie je wel dat het stimuleert tot verbetering (...) Uiteindelijk gaat het natuurlijk om een gedragsverandering, om aandacht voor je werk, aandacht voor de mens.

Door meerdere verpleegkundigen op de werkvloer is bevestigd dat registratie en feedback het verpleegkundig proces positief ondersteunen. Allereerst leidt het registreren van de eigen zorgverlening al tot een bewustere zorgverlening. Door respondenten is aangegeven dat registratie leidt tot doorbreking van automatisen in het verpleegkundig handelen. Een IC-verpleegkundige verwoordt dit ten aanzien van de decubituszorg als volgt:

Voor het project Sneller Beter was de decubituszorg al goed, maar de zorg is wel verbeterd. Dit komt door de registratie. Registratie leidt tot bewustwording, het maakt dat je er bewust over nadenkt, mee bezig bent. Het haalt een onbewust handelen naar het bewustzijn. (...) Het is een bewustwording van iets dat verpleegkundigen automatisch al doen als onderdeel van de totale behandeling: tijdens het wassen wordt direct gekeken naar decubitus op de stuit en bijvoorbeeld smetplekken

Ook de feedback leidt tot inzicht en bewustwording van het handelen. Een verpleegkundige van de afdeling Heelkunde zegt hierover: "Wij zijn geschrokken van de mate van decubitus

op de afdeling, het was heel hoog. We zijn nu bewuster met decubitus bezig". Ondanks dat verpleegkundigen aangeven nog nooit van prestatie-indicatoren gehoord te hebben, lijkt door het kwaliteitsproject wel een internalisering van decubitus- en pijnbeheersing in het denken van de verpleegkundigen op gang te komen. Integratie van registratie in het primaire zorgproces en feedback aan de hand van indicatoren lijken een belangrijke ondersteuning in het proces van bewustere verpleegkundige decubitus- en pijnzorg.

Na afloop van het project moeten de verpleegkundigen de nieuwe werkwijze blijven voortzetten. De registratiegegevens van de verpleegafdeling worden dan niet meer systematisch ingevoerd en teruggekoppeld. Momenteel bestaat geen inzicht in de mate waarin bij de 'afgeronde' verpleegafdelingen de nieuwe werkwijze ook daadwerkelijk geborgd is. Voor zowel decubitus als pijn is het de bedoeling dat na beëindiging van Sneller Beter (najaar 2008), drie keer per jaar een maand/week lang de decubitus- en pijnregistratie van alle verpleegafdelingen wordt ingevoerd. Doel is zicht te houden op de mate van decubitus en pijn. Hiermee bestaat de mogelijkheid verpleegafdelingen te blijven monitoren. Een projectleider zegt hierover: "Het zal een ongoing proces blijven". Voor decubitus wil het SLAZ deze data-invoer dan ook gebruiken voor de externe verantwoording van de decubitusprevalentie in het ziekenhuis. De aparte meting komt dan te vervallen. De decubitusregistratie vindt dan zowel plaats ter ondersteuning van het primaire zorgproces als voor de externe dataverzameling. Hiermee lijkt een volgende stap gezet te worden in het internaliseringsproces van de decubitusindicatoren.

### **6.3 Decubitus zorgproces en ondersteuning van prestatie-indicatoren**

Vanaf januari 2007 is het SLAZ begonnen met het uitrollen van het project Decubitus over de diverse verpleegafdelingen. Verpleegafdelingen zoals de kinder- en kraamafdeling worden niet meegenomen in het project omdat hier geen decubitus voorkomt. Verder wordt per afdeling bepaald voor welke soort patiënten het zinvol is op decubitus te controleren, te registreren en in te voeren. Patiënten die kortdurend in het ziekenhuis verblijven worden niet meegenomen in de registratie. Ook zijn er afdelingen waar een patiënt slechts tijdelijk wordt opgenomen, waarna vervolgens overplaatsing plaatsvindt naar een andere verpleegafdeling. Dit zijn bijvoorbeeld de CCU (hartbewaking), het ambulatorium (nachtopname) en de acute zorgopname. Op deze afdelingen vindt wel controle op decubitus en registratie in het verpleegkundig dossier plaats. Deze gegevens worden echter niet ingevoerd in een databestand omdat dat lastig blijkt te zijn. Zo is op papier voor de vervolgafdeling wel te bepalen of de patiënt al met decubitus is opgenomen of dat het in het ziekenhuis ontstaan is. Het SLAZ kiest in dit geval voor een praktische oplossing, het gaat primair om zinvolle zorgverlening en niet om 100% dataregistratie. Het belang van de zorg gaat dus voor externe verantwoording. Een procesbegeleider zegt hierover:

En dan zeggen we met zijn allen, het registreren is wel belangrijk maar uiteindelijk gaat het om de zorg die we bieden. Dus we gaan wel scoren, maar die dingen worden niet geregistreerd [in een database] want dat ligt complex en het gaat om de zorg die je biedt, niet om het cijfertje wat er uitkomt. Het stukje informatie wat je op die lijst hebt, dat is dan weer belangrijk voor de volgende afdeling waar die patiënt naar toe gaat, want vandaar uit kunnen we dan wel weer concluderen waar die patiënt mogelijk decubitus heeft opgelopen, had hij het al bij opname op de CCU of heeft hij het in die korte tijd gekregen dat hij daar lag. Dus dat stukje kun je nu wel op papier overbruggen, alleen het is lastig om het vast te leggen, te registreren nog (...). Dan zie je dat we hier duidelijk kiezen voor wat voor de patiënt belangrijk is en niet voor de scorelijstjes.

Voor decubitus wordt dus een zorgvuldige afweging gemaakt wanneer decubituszorg en registratie zinvol is. Het registreren en invoeren van data moet meerwaarde hebben voor de zorgverlening. Voor het effectief internaliseren van prestatie-indicatoren in een organisatie lijkt de meerwaarde van registratie voor de zorgverlening een belangrijk uitgangspunt.

In het verpleegkundig zorgproces zijn de decubitusindicatoren geïntegreerd. Bij klinische opname in het ziekenhuis vindt op de verpleegafdeling een verpleegkundige intake plaats. Als onderdeel van de nieuwe werkwijze bepaalt de verpleegkundige tijdens deze intake, aan de hand van een risicoscorelijst of de patiënt een risicopatiënt voor decubitus is. Tevens wordt gecontroleerd of de patiënt al decubitus heeft, op welke locatie en in welke mate (graad). De bevindingen moeten geregistreerd worden op het 'Registratieformulier Decubitus Sneller Beter 3'. Dit formulier is onderdeel van het verpleegkundig dossier. Een voorbeeld is opgenomen in bijlage 10. Indien de patiënt risicopatiënt is en/of al decubitus heeft, moet direct worden gestart met het nemen van preventieve maatregelen zoals bijvoorbeeld het toepassen van wisselgigging en het vrijleggen van de hielen. Dit is nodig om het ontstaan van decubitus bij de patiënt (zoveel mogelijk) te voorkomen. Bij aanwezigheid van decubitus (vanaf graad II) wordt wondbehandeling gestart. De wondzorg is afhankelijk van de ernst en het aspect van de wond. Hierbij is het belangrijk de preventieve maatregelen te handhaven of te intensiveren. Ook de preventieve maatregelen en wondzorg dienen geregistreerd te worden.

Voor alle patiënten die langer dan twee dagen worden opgenomen geldt, dat drie maal per week op vaste dagen controle plaatsvindt op decubitus. Dit gebeurt door de dagdienst, veelal gelijktijdig met het wassen en verzorgen van de patiënt. De decubituscontrole is dus geïntegreerd in het zorgproces. Hierbij geldt weer dat als decubitus wordt geconstateerd (incidentie), gestart moet worden met het nemen van preventieve maatregelen en indien nodig het inzetten van behandeling. Van elke controle moeten de bevindingen en de genomen maatregelen door de verpleegkundigen worden vastgelegd op het registratieformulier. Op deze manier is de decubituszorg van de patiënt inzichtelijk voor alle betrokken verpleegkundigen en professionals. Dit is een voorwaarde voor eenduidige zorgverlening. Door direct bij opname te bepalen of een patiënt al decubitus heeft en gedurende het verblijf continu te controleren en registreren, kan per patiënt bepaald worden of in het ziekenhuis decubitus is ontstaan. Hiermee kan een onderscheid gemaakt worden naar prevalentie en incidentie.

De verpleegkundigen vinden dat het controleren en registreren van de decubitus goed bij hun zorgproces past. Het registreren vergt echter wel discipline. Uit controle van verpleegkundige dossiers blijkt dat de decubitusregistratie niet altijd even consequent gebeurt. Bepaalde gegevens worden niet ingevuld, een registratiedag wordt overgeslagen of gegevens worden inconsequent ingevuld. Op het formulier wordt bijvoorbeeld aangegeven hiel rood, maar decubitusgraad 0. Niet wegdrukbaar roodheid is echter graad 1. Hiermee ontstaat onterecht de indruk dat de patiënt geen decubitus heeft. De onvolledige registratie is wel opvallend, er vindt namelijk wel consequente registratie van bijvoorbeeld bloeddruk, hartslag en temperatuur plaats. Deze registratie is vanuit de opleiding meegegeven en lijkt geautomatiseerd. De decubitusregistratie is dit duidelijk nog niet.

De gegevens van de registratieformulieren worden door de secretaresses van de verpleegafdeling ingevoerd in een apart databestand. Uit observaties is gebleken dat sommige secretaresses eventuele onvolkomenheden in de registratie zoveel mogelijk wegwerken en eigen interpretaties geven aan de gegevens. Een secretaresse voert bijvoorbeeld decubitus onder overige locaties niet in. Zij is van mening dat het niet zinnig is alleen de decubitusgraad in te voeren. Zij zegt in dit kader: "Rug is een overige locatie, maar je kan deze locatie niet invullen in de database. Als je de locatie niet in kan vullen, dan kan je ook de score niet invullen, want die horen bij elkaar. Wat betekent overige score II zonder locatie". Door het niet invullen van de gegevens bij het item overige, ontstaat in het databestand ten onrechte het beeld dat er bij deze patiënt geen decubitus aanwezig is. Dit heeft invloed op de mate van decubitusprevalentie en –incidentie en dus de objectiviteit van gegevens. Voor de zorgverlening aan de patiënt heeft dit echter geen consequenties. Hiervoor wordt de registratie in het patiëntendossier gebruikt. Verder geeft een aandachtsvelder decubitus, die tijdelijk secretariële werkzaamheden verricht, aan dat haar opvalt dat op registratieformulieren bij elke meting steeds dezelfde gegevens worden

ingevoerd. Volgens haar is sprake van kopieergedrag. Ook is haar opgevallen dat op het formulier preventieve maatregelen genoteerd worden, die in de praktijk niet zijn uitgevoerd. De registratie is dus mooier dan de werkelijkheid. Er lijkt sprake van een ritueel. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat het een verpleegafdeling betreft die recent gestart is met het project. De uitspraken van deze aandachtsvelder zijn gebaseerd op één maand registreren.

Uit bovenstaande blijkt dat bij de registratie meerdere functionarissen betrokken zijn, die allen hun eigen invulling aan de registratie kunnen geven en daarmee de objectiviteit van gegevens, al dan niet bewust, beïnvloeden. Het is dus de vraag hoe hard gegevens in databestanden zijn en in hoeverre hieruit harde conclusie kunnen worden getrokken.

#### **6.4 Kwaliteit van de decubituszorg**

Alle respondenten zijn van mening dat de kwaliteit van de decubituszorg de laatste jaren is verbeterd. Aangegeven wordt dat dit komt door de brede aandacht voor het onderwerp. Ook de scores op de prestatie-indicatoren laten een dalende lijn zien. Desondanks vinden de meeste respondenten dat de decubituszorg in het SLAZ nog beter kan. Als reden wordt gegeven dat goede decubituspreventie bij de verpleegkundigen nog geen automatisme is. De decubitusconsulente, tevens projectleider zegt in dit verband:

De decubituszorg kan beter (...). Ik vind het nog steeds geen automatisme en dan weet ik wel dat je werk geen automatisme moet worden, maar ik loop langs en ik zie nog steeds teveel, dat ik denk ja jammer. Bijvoorbeeld ze vragen een matras aan en dan vraag ik wat heb je aan preventieve maatregelen gedaan en dan zegt men niets (...) Als iemand een wond heeft gehad en de wond is netjes dicht en die persoon gaat naar huis dan zeggen ze "Dat hebben we goed gedaan". En dan heb ik wel eens heel sarcastisch gezegd "ik ben nog steeds blij als jij zegt hij heeft geen decubitus gekregen, dat hebben we goed gedaan". Je moet maatregelen nemen op iets dat je niet ziet en dat is eigenlijk het fnuikende eraan vind ik.

Ondanks de eerder beschreven opvallende eensgezindheid over wat goede decubituszorg is, blijkt uit bovenstaande quote dat er in de praktijk toch verschillende ideeën over goede decubituszorg bestaan. De verpleegkundigen erkennen dat het voorkomen van decubitus het belangrijkste is, maar halen hun waardering uit curatieve zorgverlening. Het preventieve karakter van de decubituszorg lijkt een hindernis bij de verbetering van deze zorg. Voor een effectieve internalisering van decubitusindicatoren ten behoeve van kwaliteit van zorg, lijkt het belangrijk dat een omslag in het denken van verpleegkundigen van curatief naar preventief handelen wordt bereikt.

Verder is ook aangegeven dat het voor goede decubituszorg nodig is dat er continue zorg wordt gegeven. Het gaat om het consciëntieus bezig zijn en doorvoeren van afspraken die zijn gemaakt, zoals bijvoorbeeld het om de zoveel uur draaien van een patiënt met een wisselingschema en iemand die in de stoel hangt even in een goede zithouding zetten. De moeilijkheid in het ziekenhuis is echter dat het 24-uurszorg betreft waar steeds andere verpleegkundigen bij betrokken zijn. Dit wordt als probleem ervaren. De adviseur spreekt hierover haar bezorgdheid uit:

Je kunt niet volstaan met op maandag denken nu ga ik er echt aan werken, nu ga ik er iets aan doen en dinsdag niet. Dat kan niet met decubitus. Dat kan met niets, maar met name met decubitus wreekt het zich. Als je drie keer niet draait, dan heeft iemand decubitus (...) Je draagt dingen over, het is continue zorg, hoe maak je nou dat iedere verpleegkundige die acht uur per dag dat ze hier aanwezig is, zich realiseert waar ze mee bezig is (...) Het gewoon zien, echt kijken wat je aan het doen bent en er hangt een wereld achter.

## 6.5 Zorgproces Pijn na operatie en ondersteuning van prestatie-indicatoren

In het pijnmanagement heeft een wezenlijke shift in het denken plaatsgevonden. Het nieuwe pijnbeleid is er op gericht een patiënt pijnvrij te houden. In dit proces spelen de verpleegkundigen een belangrijke rol. In plaats van te wachten tot de patiënt zelf pijn aangeeft, moet de verpleegkundige de patiënt actief naar zijn pijnbeleving vragen. Ook krijgt de patiënt 'continue' pijnmedicatie ter beheersing van de pijn. Verder kan de verpleegkundige op basis van protocol, zonder tussenkomst van een arts, aanvullende pijnmedicatie verstrekken. Het nieuwe pijnbeleid wordt gezien als een cultuurverandering. De procesbegeleider zegt :

Het verschil is, vroeger vroeg je aan een patiënt "Heeft u pijn?" en misschien deed je dat spontaan, maar misschien wachtte je ook tot de patiënt zei "Ik heb pijn" en dan gaf je wat. En nu is het zo dat je hem permanent geneesmiddelen geeft, 4x per dag, zoveel geneesmiddelen dat de patiënt geen pijn krijgt. Je bouwt een bepaalde spiegel op en dat is eigenlijk een beetje onorthodox, oncalvinistisch, want wij denken in Holland, de patiënt moet pijn hebben en dan geven we wat. Dat denken patiënten ook, een beetje pijn kan ik wel hebben. En wij zeggen nu tegen de patiënt en dat is ook iets wat de verpleegkundigen nu moeten doen, die moet leren dat zij de patiënt instrueert "U hoeft geen pijn meer te hebben en daarom geven wij u medicijnen en die moet u ook innemen"(...) Ja dat is een cultuurverandering en om een bepaalde spiegel opgebouwd te houden moet je consequent slikken.

Vanaf januari 2007 is het SLAZ begonnen met het uitrollen van het project Pijnbeheersing. Gestart is met het aspect postoperatieve pijnbeheersing en dus met de afdelingen die overwegend operatiepatiënten hebben. Het zorgproces pijn na operatie speelt zich over het algemeen af op meerdere afdelingen: de recovery (verkoeverkamer) en de verpleegafdeling.

Na de operatie gaat de patiënt naar de recovery. Tijdens de controles vraagt de verpleegkundige regelmatig naar de pijnbeleving van de patiënt. Hierbij wordt enerzijds gebruik gemaakt van het VAS meetlatje. Anderzijds wordt de pijnscore ook regelmatig bepaald op basis van observatie van het gedrag omdat patiënten toch nog vaak enigszins verward of slaperig zijn. Hierbij interpreteert de verpleegkundige dus zelf de mate van pijn. Dit heeft gevolgen voor de objectiviteit. De verpleegkundige moet de VAS-score registreren op het anesthesieformulier. Opvallend is dat ondanks systematisch uitvragen en bepalen van de pijnscore hiervan geen consequente registratie plaatsvindt. Tegelijkertijd gebeurt dit wel zeer nauwgezet voor de bloeddruk, temperatuur, saturatie en respiratie. Het registreren van de pijnscore levert de verpleegkundige blijkbaar geen meerwaarde op. Gedurende het verblijf van de patiënt op de recovery is de verpleegkundige één op één verantwoordelijk voor de zorgverlening en kan zij direct handelen op basis van de VAS-score. Bij een score hoger dan vier mag de verpleegkundige, conform voorschrift, zelf pijnmedicatie verstrekken. Verder is de afspraak dat een patiënt de recovery pas mag verlaten als de pijn aanvaardbaar is (score kleiner of gelijk aan vier). Bij overdracht naar de afdeling vindt een mondelinge overdracht plaats waarbij onder andere de VAS-score wordt genoemd. Het anesthesieformulier wordt vervolgens meegegeven naar de verpleegafdeling. Op de recovery vindt geen invoer van patiëntgegevens plaats in een database. Het zorgproces op de recovery overziend, rijst inderdaad de vraag wat de meerwaarde van registratie van de VAS-score is voor de zorgverlening.

Op de verpleegafdeling wordt het pijnbeleid gecontinueerd evenals de pijnstilling volgens het voorgeschreven schema op de anesthesielijst. De patiënt krijgt een aantal maal per dag pijnmedicatie. Dit gebeurt op vaste tijden tijdens de medicijnrondes. De verpleegkundige mag de voorgeschreven medicatie zelf verstrekken. Verder moet de verpleegkundige gedurende de eerste drie dagen (72 uur) na operatie, driemaal per dag tijdens de verpleegkundige controles vragen naar de pijnbeleving van de patiënt. Hierbij wordt in principe elke keer het VAS meetlatje gebruikt. Ook op de verpleegafdeling mag de verpleegkundige bij een pijnscore hoger dan vier, op voorschrift, zelf aanvullende



pijnmedicatie verstrekken. Indien de pijn niet binnen aanvaardbare grenzen komt overlegt de verpleegkundige met de zaalarts/arts-assistent over verdere aanvulling op de pijnstilling. De zaalarts kan indien nodig ruggespraak houden met de APS of een anesthesioloog.

De VAS-score moet elke keer geregistreerd worden in het verpleegkundig dossier op het registratieformulier 'VAS registratie pijnscore'. Een formulier is opgenomen in bijlage 11. Uit controle van verpleegkundige dossiers blijkt dat ook hier niet altijd even consequent wordt geregistreerd. Volgens een teamleider wordt met name op de derde dag na de operatie nog wel eens vergeten te scoren. De teamleider zegt: "De eerste 24 uur gaat het scoren goed, daarna begint de aandacht te verslappen. Met name op de derde dag wordt nog wel eens vergeten naar de pijn te vragen, zeker als de patiënt daarvoor ook geen pijn heeft aangegeven". Blijkbaar ervaren de verpleegkundigen het registreren van de VAS-score dan als minder zinvol voor het zorgproces. Voor de patiënt heeft dit waarschijnlijk weinig consequenties, de patiënt krijgt 'continue' pijnmedicatie. Het navragen van de pijnbeleving is om de pijn te monitoren en eventueel aanvullende medicatie te geven. De externe verantwoording wordt echter ook (mede) gebaseerd op deze projectregistratie. Door het niet consequent registreren is het bestand dus niet volledig. Er kan dus geen 100% verantwoording worden afgelegd.

De nieuwe werkwijze sluit aan bij de prestatie-indicator postoperatieve pijn. Sinds 2007 is deze prestatie-indicator gewijzigd en ligt de focus bij ernstige pijn (score 7). Deze verandering heeft niet geleid tot aanpassing van het beleid. Het SLAZ vindt dat de focus in het pijnbeleid bij draaglijke pijn (score 4) moet liggen. Pijnscore vier is een goed handvat in het verpleegkundig zorgproces. De anesthesioloog zegt in dit verband:

Hij is wel bruikbaar, zeker kleiner dan/ gelijk aan vier is een goede indicator. Als je een VAS hebt, nul is geen pijn en tien is vreselijke pijn, dan is kleiner dan/ gelijk aan vier een hanteerbare pijn. Een pijn die draagbaar is en alles daarboven daar moet je wat aan doen. Dat vind ik een hele goede indicator of een hele goede aanzet, een handvat voor mij maar met name ook voor de verpleegkundigen om daar wat mee te doen. En dan kun je ze ook vertellen, dit is een grenswaarde, daarmee kunnen jullie wat doen. (...) Hij [de indicator] is dit jaar veranderd, is nu groter dan zeven. Dat is lastig, dat is alleen maar de weergave voor hoe het is in het ziekenhuis. (...) Ik vind dat een grove maat, ik vind dat lijden voor een patiënt. Maar voor de verpleegkundigen hanteren wij nog steeds kleiner dan/ gelijk aan vier.

In het primaire zorgproces draagt de VAS-score bij aan objectivering van de pijn die de patiënt heeft. Door de pijn een cijfer te geven, ontstaat meer inzicht in de mate van pijn en duidelijkheid over wanneer actie moet worden ondernomen. De verpleegkundigen hebben door de VAS-score een handvat gekregen bij het verstrekken van pijnmedicatie en kunnen daardoor beter hun verantwoording nemen bij de uitvoering van het pijnbeleid. Ook ondersteunt de VAS-score de verpleegkundige in het gesprek met de zaalarts/arts-assistent over de pijn van een patiënt. Aangegeven wordt dat het contact tussen de verpleegkundigen en de artsen is verbeterd. Een teamleider zegt hierover: "Bij een VAS-score hoger dan vier, kan in contact met de arts-assistent makkelijker onderbouwd worden waarom actie moet worden ondernomen. De verpleegkundige kan echt wat laten zien aan de arts-assistent". Een verpleegkundige geeft aan: "Het VAS instrument geeft meer inzicht in de pijn, patiënten worden beter ingesteld op pijnmedicatie. Artsen passen sneller de pijnmedicatie van de patiënt aan". De positie van de verpleegkundige is dus met de VAS verstevigd.

Daarnaast zijn ook kanttekeningen geplaatst bij de objectivering van de pijn. Pijn is en blijft een subjectieve beleving en wat voor de ene patiënt nog draaglijke pijn is, is voor de ander ondraaglijk. Ook heeft het meetlatje zijn beperkingen omdat patiënten hun pijnscore relateren aan hun vorige pijnscore. De anesthesioloog merkt hierover op:

Zo een meetlatje, lineaalpje, je denkt dat je dan objectief meet maar dat is natuurlijk niet zo. Als je iemand twee of drie keer gevraagd hebt met zo'n latje hoe zijn pijn voelt, dan weet hij zijn vorige nummer nog steeds en aan de hand daar navenant zullen ze ook antwoorden (...) Het is een handig hulpmiddel, het geeft wel een indicatie maar het is nooit helemaal sec objectief.

De verpleegkundigen vinden het meetlatje een handig hulpmiddel. Aan sommige patiënten is het echter moeilijk uit te leggen. Indien de verpleegkundige van mening is dat het meetlatje voor een patiënt niet bruikbaar is, maakt de verpleegkundige op basis van het gedrag en/of verbale uitingen een inschatting van de pijn. Zij geeft dan zelf een cijfer aan de pijn. Dit betreft dan een subjectieve interpretatie van de pijnscore van de patiënt. Hierbij bestaat ook de mogelijkheid de score te manipuleren. Zoals een teamleider zegt: "Pijn wordt nooit helemaal waterdicht".

Uit het bovenstaande blijkt dat met de VAS geen 100% objectiviteit van pijn kan worden bereikt. Het is en blijft een hulpmiddel bij het inzichtelijk maken van een subjectieve beleving. De pijnscore blijft dus een indicatie. Dit geldt ook voor de prestatie-indicatoren. Ook dit is een hulpmiddel om kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken, waarbij de scores op indicatoren een mogelijke aanwijzing zijn voor de kwaliteit van die zorg. Uit de geschetste zorgpraktijk blijkt dat een 100% waterdichte verantwoording op basis van scores en data een illusie lijkt.

## **6.6 Kwaliteit van zorg: pijnbeheersing**

Over de kwaliteit van de pijnbeheersing in het ziekenhuis lopen de waarderingen uiteen. De meeste respondenten zijn tevreden over de postoperatieve pijnzorg. De verpleegkundigen vinden dat zij goede zorg leveren. Zij geven aan dat zij veel bewuster met pijn omgaan. Ook horen zij in gesprekken met de patiënt, dat de aandacht voor pijn door de patiënt wordt gewaardeerd. Een teamleider zegt in dit verband: "De kwaliteit van de [pijn]zorg is toegenomen. De verpleegkundigen zijn er bewuster mee bezig, vragen er bewuster naar. Patiënten hebben het gevoel dat er aandacht is voor de pijn en aandacht is belangrijk voor de patiënt". De adviseur is tevreden over kwaliteitsverbetering ten aanzien van postoperatieve pijn. Pijnzorg ligt minder op het preventieve vlak, van het nieuwe pijnbeleid zien en ervaren de verpleegkundigen zelf direct effect. De adviseur zegt in dit verband:

Postoperatieve pijn is makkelijk meetbaar, dat is een kort meetmoment, drie dagen na operatie en daar worden goede vorderingen op gemaakt. Daar ben ik wel tevreden over, maar dat zit ook veel minder op dat preventieve vlak, hebben mensen direct kennis over. Als je een spiegel opbouwt dan ontwikkelen mensen ook geen pijn en zijn het ook lievere patiënten, gaan ze niet zeuren. Mensen hebben daar meteen effect van.

Ook de procesbegeleider vindt dat het steeds beter gaat met de pijnbeheersing. Zij relateert haar uitspraak aan het landelijke gemiddelde van de prestatie-indicator. Zij zegt: "Ja, het gaat steeds beter, we zitten gemiddeld rond de 80% pijnvrij [over 2007] (...). Landelijk is ongeveer 80%, dus wat dat betreft zitten wij op een goed landelijk gemiddelde". De anesthesioloog tevens projectleider is minder tevreden over de pijnbeheersing in het ziekenhuis. Haar uitspraak heeft betrekking op het ziekenhuisbrede pijnbeleid. Als groot probleem noemt zij de personele wisseling van arts-assistenten en verpleegkundigen op de verpleegafdelingen en daarmee samenhangend het (behouden van het) kennisniveau over pijnbestrijding. Dit vormt een hindernis voor het implementeren van nieuw beleid en dus ook voor het effectief internaliseren van prestatie-indicatoren in het primaire zorgproces. Dit vraagt om continue scholing van nieuw personeel. De anesthesioloog zegt het volgende:

Ik denk dat er nog meer verbetering kan, want er wordt best nog veel pijn geleden (...) Het loopt nog niet overal even soepel, ik denk dat je het een zesje of zeventje mag geven, en dat komt omdat er hier en daar ketens in de ketting missen of niet goed aangevuld worden. Daarmee bedoel ik eigenlijk kennis en communicatie naar de assistenten op de afdelingen. Er is een grote wisseling van arts-assistenten op de afdeling en dat is toch je grote brug op de afdeling om eventuele aanvulling van pijnstilling op de afdeling mee rond te breien (...). Het onderwijs van die arts-assistenten met name op het gebied van pijnbestrijding is nog niet zo goed geregeld hier (...) Mijn vakgroep zegt ook die link met de arts-assistenten als die nog eens verbeterd kan worden. Maar of we het daar mee opheffen, durf ik niet te zeggen (...) Maar het komt ook door de personele veranderingen, ziektes, weet ik het allemaal [verpleegkundigen]. En dat zie je dan ook, voordat die mensen daarvan dan weer op de hoogte zijn gebracht, van wat wij hier doen aan pijnbestrijding, dat ze daar eerst in moeten groeien (...). Die personele wisseling is echt funest. Dat kost zoveel tijd, je zou elke 3-4 maanden voor de nieuwelingen elke keer weer een verhaal moeten houden.

Samenvattend kan gesteld worden dat in het SLAZ door middel van de kwaliteitsprojecten Decubitus en Pijnbeheersing de internalisering van de prestatie-indicatoren in het verpleegkundig zorgproces in gang is gezet. Bij deze internalisering wordt een aantal hindernissen ervaren zoals de gerichtheid in de zorg op curatie, de fragmentatie van (verpleegkundige) zorg, het personeelsverloop en daarmee samenhangend het behoud van kennis. Zoals de adviseur zegt over het doorvoeren van kwaliteitsverbeteringen in de zorg: "Het internaliseren van vernieuwingen is een hele klus door de fragmentering en de taakgerichtheid in de zorg".

## 7. DISCUSSIE

---

In dit hoofdstuk worden de gevonden resultaten van het onderzoek afgezet tegen het theoretisch kader. Tevens wordt een korte reflectie gegeven op de uitvoering van het onderzoek.

### 7.1 Theoretische discussie: koppeling resultaten aan hoofdvraag en theoretisch kader

In de voorgaande hoofdstukken zijn de resultaten van het onderzoek besproken. Hierbij is steeds de hoofdvraag van het onderzoek in het vizier gehouden. Deze hoofdvraag is: *Hoe ziet het proces van internalisering van de externe prestatie-indicatoren decubitus en pijn na een operatie ten behoeve van kwaliteit van zorg in het Sint Lucas Andreas ziekenhuis er uit?* Bij de analyse van de resultaten zijn al wat doorkijkjes gegeven naar de theorie. In deze paragraaf zullen de koppelingen naar de hoofdvraag en het theoretisch kader explicieter worden uitgewerkt.

#### Wat is het belang van prestatie-indicatoren voor het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis?

Om externe prestatie-indicatoren werkend te maken ten behoeve van interne kwaliteit van zorg, is een basisvoorwaarde dat een organisatie belang hecht aan deze indicatoren. Bij het SLAZ is het belang van de basisset door het management onderkend. De grote groep verpleegkundigen daarentegen heeft geen notie van het bestaan van de basisset en dat het ziekenhuis door middel van prestatie-indicatoren extern verantwoording af moet leggen over haar performance. De medisch specialisten zijn wel op de hoogte van de prestatie-indicatoren. Zij hechten belang aan de maatstaf die indicatoren in zich hebben, ter bepaling van wat goede zorg is. Prestatie-indicatoren worden door hen eerder in een leer- dan in een verantwoordingscontext geplaatst.

Het management vindt de prestatie-indicatoren een goede ontwikkeling. Zij is hiervan een voorstander. De uitgangspunten van de basisfilosofie worden breed onderschreven. Het management hecht veel belang aan de positie op ranglijsten en een goed imago. De representativiteit van ranglijsten wordt echter in twijfel getrokken. Uit onderzoek blijkt dat er geen correlatie is tussen de diverse ranglijsten. Ook weet het SLAZ uit ervaring dat aangeleverde data niet worden gecontroleerd en dat bij de vergelijking van scores op prestatie-indicatoren geen rekening wordt gehouden met de specifieke context van het ziekenhuis: de CVA casus heeft dit manco in de publieke interpretatie van prestatie-informatie direct duidelijk gemaakt. De context is echter essentieel voor een juiste interpretatie van de resultaten. Het uitgangspunt van de basisfilosofie is dan ook dat ziekenhuizen zelf hun resultaten openbaar maken en van een uitleg voorzien. De IGZ stelt: "De gekozen prestatie-indicatoren kunnen zonder nadere uitleg geen goed beeld geven van de zorg in een individueel ziekenhuis, bijvoorbeeld omdat patiëntenpopulaties per ziekenhuis verschillen" (IGZ 2007:13). De ervaringen van het SLAZ sluiten aan bij de kritische kanttekening die Wollersheim et al. (2006) maken in hun onderzoek naar de effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren. Zij stellen: "Als men indicatoren beschouwt als signaleringsinstrument is geen volkomen validiteit vereist om er toch gepast gebruik van te maken. De vraag is echter of voor extern gebruik bedoelde prestatie-indicatoren wel altijd op zo'n manier worden geïnterpreteerd" (ibid.:26). Ondanks de kritische kanttekeningen bij de ranglijsten, hecht het SLAZ toch aan de positie hierop. Men is van mening dat een hoge positie op de ranglijst bijdraagt aan een positief beeld van het ziekenhuis bij het publiek.

Het belang dat het SLAZ hecht aan de prestatie-indicatoren kan niet los worden gezien van de sterk concurrerende omgeving waarin het ziekenhuis opereert. Een positief beeld bij patiënten en verwijzers, maar ook bij andere stakeholders zoals IGZ en zorgverzekeraar, wordt door het management essentieel geacht voor de continuïteit van de organisatie. Angst voor imago-verlies en externe druk vanuit deze stakeholders zijn voor het SLAZ een sterke prikkel om de kwaliteit van zorg (processen) te verbeteren. Betere zorg moet zich vertalen in betere scores en in een gunstigere beeldvorming. In 2003 is het gesprek van de Inspectie over de uitkomsten van de puntprevalentiemeting decubitus een

directe aanleiding geweest voor een reeks interventies om de kwaliteit van de decubituszorg te verbeteren. Ook de externe druk van zorgverzekeraars als financiers van de zorg moet niet worden onderschat. Zorgverzekeraars kunnen de uitkomsten op de basisset gebruiken bij hun onderhandelingen, zeker in de Amsterdamse ziekenhuismarkt waar iets te kiezen valt. Zorgverzekeraar AGIS maakt hiervan echter nog nauwelijks gebruik. Wel worden in de onderhandelingen de uitkomsten van klantervaringsonderzoek (CQ-index) meegenomen. Dit ligt in de lijn met de bevindingen van Wollersheim et al. (2006). Zij concluderen dat zorgverzekeraars wel interesse hebben in de prestatie-indicatoren maar bij de selectie van zorgverleners gebruik maken van procesindicatoren en patiënttevredenheidsgegevens. Beperkingen in de data van de prestatie-indicatoren zijn een oorzaak voor het beperkte gebruik van de uitkomsten van de basisset (ibid.). De lage score van het SLAZ op de CQ-index 2006 en de daaruit voortkomende angst voor financiële gevolgen (lagere productieafspraken) zijn voor het management dé prikkel geweest voor het in gang zetten van kwaliteitsverbeteringen. Ten aanzien van pijn is het kwaliteitsproject Pijnbeheersing van start gegaan. Patiënten en verzekeraar moeten concreet ervaren dat het ziekenhuis *Beter, Veiliger en Vriendelijker* is.

Dat angst voor imagooverlies een belangrijke drijfveer is voor kwaliteitsverbetering sluit aan bij de bevindingen van Wollersheim et al. (2006). Zij concluderen dat het publiceren van prestatiescores vooral lijkt te leiden tot op kwaliteitsverbetering gerichte inspanningen, als het imago van de zorginstelling kan worden aangetast en dat het management daartoe meestal het initiatief neemt. Empirisch onderzoek in de Verenigde Staten en Engeland bevestigt dit beeld (Hibbard 2008; Bevan & Hamblin 2008). Bij een voldoende score is er minder motivatie om te streven naar verbetering. Ook bij het SLAZ zijn de scores op prestatie-indicatoren zeer leidend geweest in de keuze voor het verbeteren van zorgaspecten. De indicatoren zijn dus niet alleen gebruikt als maatstaf om resultaten te vergelijken, maar ook als sturingsinstrument voor kwaliteitsverbetering. Door de sterke sturing op (zorg)aspecten die met de prestatie-indicatoren samenhangen, kunnen de prestatie-indicatoren ook een tunnelvisie creëren. Dit is één van de perverse effecten van de sterke focus op goede scores (Berg et al. 2005; Bevan & Hood 2006). Hiervoor zijn in dit onderzoek geen nadere aanwijzingen gevonden. Het ziekenhuisbreed trekken van zowel het decubitus- als pijnbeleid lijkt te weerleggen dat bij het SLAZ sprake is van tunnelvisie.

Gezien het belang dat het SLAZ hecht aan de prestatie-indicatoren, is de vraag of de patiënt een keuze maakt op basis van openbare prestaties. Uit onderzoek naar keuzegedrag van patiënten blijkt, dat slechts een kleine minderheid (2 tot 19%) van de patiënten daadwerkelijk op basis van prestatie-indicatoren kiest (Wollersheim et al. 2006; Dixon, Robertson & Bal 2008). Er zijn factoren die een belangrijker rol spelen bij de keuze voor een zorgaanbieder, informatie over de kwaliteit van de zorg speelt daarin een ondergeschikte rol. De volgende factoren leiden tot beperkingen in de keuzeprocessen: tijdsdruk en/of de gezondheidstoestand van de patiënt; schaarste in de zorg; gering waargenomen productieve verschillen; tussenpersonen en verwijssysteem; alternatieve risicoreductiemethoden zoals mond-tot-mond reclame en vertrouwen in de hulpverlener; en de geografische ligging (afstand) (Groenewoud & Huijsman 2003). Kortom, de patiënt kiest nog weinig bewust in de zorg. Uit de interviews blijkt dat het management zich er van bewust is dat de prestatie-indicatoren nauwelijks invloed hebben op het gedrag van patiënten. Desondanks wordt de publieke beeldvorming, over het SLAZ, essentieel geacht.

### **Hoe is de dataverzameling voor externe verantwoording voor de prestatie-indicatoren decubitus en pijn na operatie georganiseerd?**

In de beginjaren van de basisset lag het primaire belang van het SLAZ bij het voldoen aan de taak gegevens te rapporteren en niet bij het verbeteren van de eigen kwaliteit. De eerste jaren stonden in het teken van een interne zoektocht naar de (juiste) data en intensieve discussie over de interpretatie van prestatie-indicatoren. In hoeverre toen sprake is geweest van een rituele dans, is op basis van dit onderzoek niet te beoordelen. Uit het interview met de RvB blijkt, dat zowel het management als de medisch specialisten geen inzicht hadden in de prestaties van het eigen ziekenhuis én dat de verschillen in uitkomsten tussen de

ziekenhuizen intern tot reflectie hebben geleid. In dat opzicht zijn de prestatie-indicatoren dus in de beginjaren al waardevol geweest. Zij hebben geleid tot een toename van de transparantie van de binnen- en buitenwereld. Uit het gesprek over interpretatie en data, is in het SLAZ op incrementele wijze een samenwerking gegroeid tussen de medisch specialisten en de medische registratie. Deze samenwerking vormt nu de basis van het proces van dataverzameling voor externe verantwoording. Rond de dataverzameling is een structuur van verantwoordelijkheden ontstaan en het proces is ingebed in de organisatie. Hiermee is een eerste stap gezet op het pad van internalisering van prestatie-indicatoren. De prestatie-indicatoren zijn intern werkend gemaakt ten behoeve van externe verantwoording. Een kritische kanttekening hierbij is dat de verantwoordelijkheden en ook het proces niet expliciet beschreven zijn. In het kader van een effectieve internalisering van prestatie-indicatoren is dit kwetsbaar.

Het gehele dataverzamelingsproces is te beschouwen als een proces van *articulation work* (articulatiwerk): coördinatie van alle activiteiten rond het verzamelen van gegevens en het rapporteren op de prestatie-indicatoren. De benodigde samenwerking tussen verschillende functionarissen, afdelingen en gremia hebben geleid tot veranderingen in de interne sociale verhoudingen. De positie van het hoofd MR en de adviseur is versterkt. Het hoofd is projectleider en verantwoordelijk voor de registratie en rapportage, de adviseur heeft als taak de prestatie-indicatoren intern verder te brengen. Beiden nemen deel aan het gesprek met de IGZ over de kwaliteit van zorg aan de hand van de prestatie-indicatoren.

Wollersheim et al. (2006) stellen dat volledige externe transparantie een illusie is omdat het medisch handelen te complex is. Ook uit dit onderzoek komt naar voren dat een waterdichte verantwoording een illusie lijkt. Rond zorgaspecten is veel interpretatie mogelijk, hoe goed één en ander ook gestandaardiseerd wordt. Dit blijkt uit het onderzoek ten aanzien van het objectiveren van een subjectief aspect als pijn, maar geldt ook voor decubitus. Over decubitus graad I (niet wegdrukbaar roodheid) kan gediscussieerd worden. In het gehele traject van registreren, invoeren, verzamelen en interpreteren van data en uitkomsten van zorg, zijn veel verschillende functionarissen en personen betrokken. Uit dit onderzoek blijkt dat zij allen werken vanuit hun eigen perspectief en ideeën, dat zij eigen interpretaties aan data geven en verschillende dingen van belang vinden. Dit heeft raakvlak met het onderzoek van Boltanski en Thevenot (2006) die concluderen dat hoeveel waarde iemand toekent aan een uitkomst (data) in sterke mate afhangt van de omgeving (context) waarbinnen de persoon zich bevindt. Ook kan de wens voor goede scores leiden tot *gaming the numbers* (Berg et al. 2005). Uit dit onderzoek komen overigens geen aanwijzingen naar voren dat het SLAZ zich hieraan schuldig maakt.

Gezien het bovenstaande is het belangrijk gemeten prestaties aan de hand van een indicator echt te beschouwen als een mogelijke *aanwijzing* voor de kwaliteit van zorg. Harde oordelen zijn niet mogelijk. Om aan te sluiten bij de woorden van Schellekens et al.(2003:293) “De sleutel voor succesvol gebruik van prestatie-indicatoren ligt in het besef van de beperktheid ervan.... Het gaat om een signaal dat er iets aan de hand kan zijn; een signaal dat moet worden geanalyseerd en geïnterpreteerd, voordat zinvolle actie mogelijk wordt”. Verder lijkt het maken van ranglijsten op basis van de prestatie-indicatoren niet zinvol omdat de toelichting en context van ziekenhuizen hierin niet weerspiegeld wordt. Dit is dan ook niet het doel geweest van de basisset. In het “resultaat telt 2004” geeft de Inspectie echter wel aan dat de openbaarheid van gegevens en de media-aandacht voor de scores op de prestatie-indicatoren wellicht het grootste effect hebben gesorteerd. De positie van het ziekenhuis in de top 100 van het AD blijkt een belangrijke prikkel om prestaties te verbeteren (IGZ 2006b). Dit geldt ook voor het SLAZ. Ondanks dat een faire en reële vergelijking tussen ziekenhuizen op basis van de basisset niet goed mogelijk is, hebben de ranglijsten dus toch een positief effect. Deze paradox kan verklaard worden vanuit het grote belang dat zorginstellingen hechten aan hun imago (Wollersheim et al. 2006).

Leidt het proces van dataverzameling en externe verantwoording echter bij het SLAZ tot kwaliteitsverbetering? Over de (uitkomsten op) prestatie-indicatoren zijn binnen het SLAZ geen prestatie-afspraken gemaakt. Zij vormen geen onderdeel van een Planning & Control cyclus. Er is dus geen formele koppeling tussen het primaire werkproces (microniveau) en de

verantwoording van de performance van het SLAZ naar externe stakeholders (macroniveau). Het management (mesoniveau) lijkt door het ontbreken van prestatie-afspraken binnen de Planning & Control cyclus een belangrijk intern sturingsinstrument op uitkomsten van zorg te ontberen. Uit onderzoek van Geelhoed (2005) blijkt echter dat het juist de informele organisatie is die bepaalt wat gebruikt wordt voor interne sturing. Is uit het interne proces rond dataverzameling voor externe verantwoording, door discussie tussen professionals onderling of tussen staf en professionals, een sturing op kwaliteit van zorg tot stand gekomen? Uit het onderzoek blijkt dit voor decubitus en pijn na operatie in beperkte mate het geval te zijn. Er is bijvoorbeeld weinig discussie over de interpretatie van deze indicatoren en over data. Echter, de ondergemiddelde scores op de prestatie-indicatoren decubitus en pijn (CQ-index), de daarop ervaren externe druk vanuit de Inspectie en Zorgverzekeraar AGIS en angst voor imagooverlies, zijn voor het management wel aanleiding geweest tot interventies om de kwaliteit van deze zorgaspecten te verbeteren. Externe verantwoording van de performance heeft dus via externe druk van stakeholders geleid tot een interne sturing op kwaliteitsverbetering.

### **Hoe verhouden de prestatie-indicatoren zich tot andere kwaliteitssystemen of programma's binnen het ziekenhuis**

Eén van de doelstellingen van de prestatie-indicatoren is dat deze leiden tot interne kwaliteitsverbetering. Om dit te bereiken moeten prestatie-indicatoren dus niet een op zich zelf staande activiteit zijn, maar onderdeel uitmaken van het kwaliteitsbeleid van de organisatie. Berg et al. (2005) stellen dat inzicht in resultaten van prestatie-indicatoren moet leiden tot vervolgstappen om de zorg te optimaliseren. Deze stappen zijn het opsporen van problemen in het werkproces, procesherinrichting en continue kwaliteitsverbetering. In het SLAZ hebben de ondergemiddelde scores op de indicatoren decubitus en pijn inderdaad geleid tot een vervolg. De zorg is nader geanalyseerd, problemen gedetecteerd, nieuw zorgbeleid opgesteld en interventies en verbeterprojecten zijn in gang gezet. Om in de organisatie een cyclus van continue verbetering van de zorg op gang te brengen, is het kwaliteitsprogramma Sneller Beter 'in huis gehaald'. Het SLAZ heeft de prestatie-indicatoren bij Sneller Beter ondergebracht. Binnen het kwaliteitsprogramma wordt op verschillende manieren gebruik gemaakt van de prestatie-indicatoren, zoals bij het formuleren van de doelstellingen van projecten en voor het inzichtelijk maken van resultaten binnen de PDCA-cyclus. Door deelname aan Sneller Beter en de verregaande inbedding van de prestatie-indicatoren hierin, worden bij het SLAZ de prestatie-indicatoren projectmatig geïnternaliseerd in het zorgproces.

In de kwaliteitsprojecten van Sneller Beter wordt gebruik gemaakt van de IGZ-indicatoren. Hierbij worden dus indicatoren die voor externe verantwoording ontwikkeld zijn, gebruikt voor interne kwaliteitsverbetering. Dit sluit aan bij de intentie van de basisset dat de prestatie-indicatoren zowel geschikt moeten zijn als verantwoordingsinstrument én als verbeterinstrument. Uit de literatuur blijkt echter dat deze verschillende doelen hun eigen indicatoren nodig hebben (Berg & Schellekens 2002; Schellekens et al. 2003). Tussen interne en externe indicatoren zijn belangrijke verschillen. Interne indicatoren moeten bijvoorbeeld gedetailleerd zijn en specifiek inzicht geven in het zorgproces. Externe indicatoren moeten een globaal inzicht geven in processen en uitkomsten. Zij moeten uitputtend gevalideerd zijn en relevante verschillen in context inzichtelijk maken om tot een reële en faire vergelijking te kunnen komen (Berg & Schellekens 2002; Berg et al 2005; Groenewoud & Huijsman 2003). In de loop der tijd lijken de ideeën over indicatoren te veranderen, de klassieke onderscheiding tussen interne en externe indicatoren lijkt te worden losgelaten. In 2005 stellen Berg et al. bijvoorbeeld dat het onmogelijk is een set valide prestatie-indicatoren te ontwikkelen, die volledig representatief is, vrij van bias en ander versturende invloeden en geschikt om ranglijsten te maken. Bij de basisset is gekozen voor uitvoerbaarheid. Ziekenhuizen moeten zich extern verantwoorden aan de hand van de basisset prestatie-indicatoren, maar zij mogen hun resultaten toelichten. De dynamiek van de ranglijsten heeft echter geleid tot een toenemende druk op de validiteit; ook de aandacht voor bruikbaarheid van prestatie-informatie voor keuzeprocessen op de 'zorgmarkt' lijkt de

nadruk op het 'externe' karakter van indicatoren te versterken (Bal 2008). De vraag is of het mogelijk is met de ontwikkelde basisset prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen tegelijkertijd de doelen van externe verantwoording en interne kwaliteitsverbetering te realiseren.

Ten aanzien van kwaliteitsverbetering blijkt uit de interviews met professionals dat zij hieraan vanuit een intrinsieke motivatie belang hechten. Zoals al aangegeven spelen bij het management vooral externe motieven een rol. Wollersheim et al. (2006) concluderen dat aan een primair op externe prikkels gebaseerd kwaliteitsbeleid morele risico's verbonden zijn. Behalve tot ondermijning van de intrinsieke motivatie van professionals kan het ook leiden tot strategisch of pervers gedrag. Intrinsieke en extrinsieke motivatie kunnen elkaar wel aanvullen. Om tot kwaliteitsverbetering op basis van prestatie-indicatoren te komen, adviseren Wollersheim et al. aan te sluiten bij de eigen motivatie van professionals. Daarbij is het belangrijk dat professionals een verbinding kunnen leggen tussen de gevraagde verantwoording en wat zij zelf belangrijk vinden. Dit linkt naar de internalisering van prestatie-indicatoren in psychologische zin (Bakker 2004; Kelman 1961). In de kwaliteitsprojecten wordt hieraan invulling gegeven door professionals zelf verantwoordelijk te maken voor kwaliteitsverbetering. Verder wordt zoveel mogelijk aangesloten bij hetgeen professionals belangrijk vinden in hun vak. Ten aanzien van Pijnbeheersing betekent dit dat het pijnbeleid zich niet alleen richt op de groep postoperatieve patiënten van de prestatie-indicator, maar gestreefd wordt naar een aanvaardbaar pijnniveau voor elke patiënt. Ook het decubitusbeleid is ziekenhuisbreed. Hiermee wordt de ruimte gegeven om wat van buitenaf gevraagd wordt (externe verantwoording) te verbinden met wat van binnenuit wordt gedragen (intrinsieke motivatie). Dit geldt echter met name voor de medisch specialisten. Bij de verpleegkundigen is deze verbinding niet aanwezig. Zij zijn gemotiveerd om goede zorg te leveren, maar niet op de hoogte van het feit dat het ziekenhuis verantwoording af moet leggen over de kwaliteit van de (verpleegkundige) zorg. Zij zijn in het afstemmingsproces rond de dataverzameling voor externe verantwoording geen partij. Tevens wordt de verpleegkundige registratie maar beperkt gebruikt voor de externe verantwoording van decubitus en pijn. Echter, ondanks dat verpleegkundigen niets weten over de basisset prestatie-indicatoren, zijn zij wel positief over registratie en prestatie-informatie binnen het primaire zorgproces. De koppeling naar externe verantwoording is hier blijkbaar niet voor nodig.

### **Hoe is de zorg rond decubitus en pijn na operatie georganiseerd en welke rol spelen de betreffende prestatie-indicatoren in deze zorgprocessen?**

Voor de zorgaspecten decubitus en pijn wordt op de verpleegafdelingen een 'nieuwe' manier van zorg verlenen geïmplementeerd. Dit moet leiden tot een ziekenhuisbrede daling van de decubitusincidentie en -prevalentie en tot een 'pijnvrij' ziekenhuis. De nieuwe werkwijzen zijn (gedeeltelijk) gebaseerd op de externe prestatie-indicatoren. De indicatoren zijn nauw verweven in het verpleegkundige zorgproces: in de gestandaardiseerde decubituscontroles en pijnmetingen, de registratie en de feedback. Uit het onderzoek blijkt dat registratie en feedback leiden tot bewustwording van het eigen handelen, inzicht in de decubitus- en pijnproblematiek op de verpleegafdeling en tot reflectie. Hiervan gaat een leereffect uit. Deze vorm van leren ligt in de lijn met de eerste feedbackcyclus uit performance management: het leren van uitkomsten door het team (klinisch microsysteem) (Walburg et al. 2006). De terugkoppeling van prestaties is onderdeel van de PDSA-cyclus. Het continu registreren van handelen (do) en het meten en reflecteren op resultaten (study), moet leiden tot bijstelling of borging van het verpleegkundig handelen (act) en het op een hoger plan brengen van de kwaliteit van de zorgverlening. De integratie van prestatie-indicatoren in het zorgproces en in de kwaliteitscyclus dragen bij aan de internalisering van prestatie-indicatoren in het denken en handelen van verpleegkundigen.

Om tot een reductie van decubitus en pijn te komen, is continuïteit in de zorgverlening en het consciëntieus doorvoeren van afspraken essentieel. Wat de zorgverlening gecompliceerd maakt is de betrokkenheid van verschillende professies in het zorgproces en de wisseling van diensten. Dit leidt tot veelvuldige overdracht en afstemming tussen verpleegkundigen onderling maar ook met en tussen andere professionals. Het zorgproces



zelf is daarom – net als het registratieproces - te beschouwen als een vorm van *articulation work* (Strauss et al. 1997). Het *articulation work* wordt enerzijds ondersteund door protocollen waarin is vastgelegd 'wie wat doet, hoe, waar en wanneer' en anderzijds door systematische registratie in het verpleegkundig dossier. Registratie maakt de verleende zorg voor alle betrokkenen inzichtelijk en ondersteunt het gesprek tussen de (verschillende) zorgverleners. Registratie gebeurt echter niet altijd even consequent, het is voor de verpleegkundigen duidelijk nog geen automatisme. Uit het onderzoek komt naar voren dat het belangrijk is dat verpleegkundigen de meerwaarde van hun registratie inzien. De registratie moet ten eerste waarde hebben voor de directe verpleegkundige patiëntenzorg. Daarnaast is het ook belangrijk dat verpleegkundigen zich ervan bewust zijn dat hun registratie ook ondersteuning biedt aan het *articulation work* rond de patiënt. Tot slot kan wellicht een extra dimensie aan registratie worden gegeven door verpleegkundigen bewust te maken van het belang van registratie voor verantwoording aan de buitenwereld. Het is dan wel belangrijk dat de dataverzameling voor externe verantwoording geïntegreerd is in het primaire zorgproces.

De nieuwe werkwijzen hebben geleid tot andere sociale verhoudingen. De positie van de verpleegkundige is verstevigd. De verpleegkundige mag op basis van het pijnprotocol, zonder tussenkomst van een arts, pijnmedicatie geven. De objectivering van de pijn met behulp van het VAS meetlatje ondersteunt de verpleegkundige in haar handelen en in het gesprek met de arts. Ook binnen de decubituszorg heeft de verpleegkundige met de risicoscore een handvat gekregen wanneer (preventieve) maatregelen moeten worden genomen. Zij kan hierdoor beter haar verantwoordelijkheden nemen bij het voorkomen van decubitus. Anderzijds leidt registratie ook tot meer inzicht in het verpleegkundig handelen en tot de mogelijkheid verpleegkundigen daarop aan te spreken. Dit kan ervaren worden als een aantasting van de professionele autonomie (Van der Heijden 1999; Van Oorschot et al. 1995; Schepers & Klazinga 1993). Dit aspect is echter in de interviews en observaties niet naar voren gekomen. Professionele autonomie lijkt bij de professie van verpleegkundigen minder te spelen dan bij de medisch specialisten (Van der Heijden 1999; Van Oorschot et al. 1995; Schepers & Klazinga 1993). Verder hebben de anesthesioloog en decubitusconsulent (projectleiders) zich beter op de kaart gezet. Hun stem wordt meer gehoord. Met de prestatie-indicatoren (IGZ en CQ-index) en de kwaliteitsprojecten is de aandacht voor hun vakgebied toegenomen. Verder zijn zij de drijvende krachten achter het ziekenhuisbreed trekken van de kwaliteitsprojecten. Doordat het management deze uitbreiding ondersteunt, kunnen deze professionals invulling geven aan hun intrinsieke motivatie voor verbetering van zorg. Dit sluit aan bij het advies van Wollersheim et al. (2006) om voor kwaliteitsverbetering op basis van prestatie-indicatoren aan te sluiten bij de eigen motivatie van professionals.

In het kader van dit onderzoek is de hamvraag of de geschetste internalisering van de prestatie-indicatoren decubitus en pijn in de zorgprocessen leidt tot kwaliteitsverbetering. Dit is voor beide zorgaspecten het geval, alle respondenten vinden dat de kwaliteit van zorg is verbeterd. Dit is ook terug te zien in de uitkomsten van de projectregistraties. Tevens blijkt uit de prevalentie-meting decubitus 2008 (SLAZ 2008b) dat de verpleegafdelingen waar het kwaliteitsproject is afgerond, een lager percentage decubituspatiënten hadden dan in het voorgaande jaar. Voor decubitus is het verbetertraject al in 2003 onder druk van de Inspectie in gang gezet. Het kwaliteitsproject onder Sneller Beter heeft daar nog een extra schep bovenop gedaan. De meeste respondenten zijn echter van mening dat de decubituszorg nog beter kan. Ondanks dat alle verpleegkundigen volmondig aangeven dat het voorkomen van decubitus het belangrijkste is, is het preventief handelen bij verpleegkundigen nog geen automatisme. Om de decubituszorg nog verder te verbeteren is een omslag in het denken van verpleegkundigen van curatie naar preventie essentieel. Ook voor het aspect pijn hebben prestatie-indicatoren, met name de CQ-index, geleid tot nadere beschouwing en aanpassing van het pijnbeleid. Met behulp van het kwaliteitsproject Pijnbeheersing zijn veranderingen in de werkwijzen doorgevoerd. Door een nadere objectivering van de pijn en het maken van (protocollaire) afspraken over het toedienen van pijnmedicatie door verpleegkundigen, kan sneller en beter worden ingespeeld op de pijnbeleving van de patiënt. De postoperatieve pijnzorg is daardoor verbeterd. Ziekenhuisbreed is er qua pijnbestrijding

nog winst te behalen. De doelstelling van een 'pijnvrij' ziekenhuis is nog niet gehaald. Door deelname aan het kwaliteitsprogramma Sneller Beter en de verregaande integratie van prestatie-indicatoren binnen dit programma zijn in het SLAZ de externe prestatie-indicatoren werkend gemaakt ten behoeve van interne kwaliteitsverbetering. Het is nu nog zaak de 'nieuwe' werkwijzen en verbeterde resultaten te borgen in de organisatie. Hierbij is het belangrijk aandacht te hebben voor de ervaren hindernissen rond het internaliseren van prestatie-indicatoren die in dit onderzoek naar voren zijn gekomen.

## **7.2 Methodologische discussie**

De keuze voor een kwalitatieve opzet van dit onderzoek is een goede keuze gebleken. Prestatie-indicatoren en kwaliteit van zorg en de relatie daartussen zijn onderwerpen die leven in het ziekenhuis. Hierover zijn intern een veelheid aan meningen, gevoelens en ervaringen. De kwalitatieve insteek gaf de respondenten de ruimte deze te uiten. De observaties van het verpleegkundige werk op diverse verpleegafdelingen én van het werk van verschillende andere functionarissen hebben de voordelen van de kwalitatieve opzet versterkt. Door de observaties kreeg de onderzoeker meer te verstaan dan woorden alleen zeggen. De combinatie van documentenanalyse, interviews en participerende observaties bleek effectief.

Bij de keuze van functionarissen en personen voor interviews, en verpleegafdelingen voor observaties, heeft de onderzoeker in eerste instantie advies gevraagd aan de contactpersoon van het ziekenhuis. Vervolgens is in elk interview gevraagd naar relevante personen en verpleegafdelingen in relatie tot de prestatie-indicatoren decubitus en postoperatieve pijn. De onderzoeker heeft getracht hiermee een breed gedragen groep respondenten in het onderzoek te betrekken en bias te voorkomen. Achteraf was het wellicht ook interessant geweest het hoofd Klinische Zorg te interviewen. De verpleegkundige zorg op de verpleegafdelingen valt onder haar eindverantwoordelijkheid. In het kader van externe verantwoording en interne kwaliteitsverbetering rond decubitus en pijn was haar mening en rol interessant geweest om mee te nemen in het onderzoek. Verder was de intentie om van iedere discipline meerdere functionarissen te interviewen. Dit is slechts gedeeltelijk gelukt. Op management- en stafniveau vervullen veel respondenten een solofunctie. In het onderzoek is verder slechts één medisch specialist geïnterviewd. Het nadeel hiervan is dat verondersteld wordt dat één medisch specialist de mening van alle medisch specialisten vertegenwoordigt. Dit is niet bevorderlijk voor de betrouwbaarheid van dit onderzoek, maar vanwege de beperkte tijd de meest passende oplossing. De keuze voor deze medisch specialist is gemaakt omdat zij meerdere rollen vervult: anesthesioloog, projectleider Pijnbeheersing en lid van de Medische Staf. Door al deze rollen was zij een waardevolle en brede vertegenwoordiger. Verder bleek het moeilijk verpleegkundigen vrij te maken voor een interview. Daarom is gekozen voor langdurige observaties (dagdeel) op verpleegafdelingen. Tijdens de participerende observaties heeft de onderzoeker van de gelegenheid gebruik gemaakt vragen te stellen. Tijdens de (koffie)pauzes zijn kortdurende interviews gehouden.

Verder heeft het cyclisch karakter van het onderzoek, waarbij al vroeg in het onderzoek werd gestart met analyse van data, geleid tot wijziging en aanscherping van de onderzoeksvragen. De focus van het onderzoek is daardoor verscherpt. Tevens heeft dit geleid tot een uitbreiding van het theoretisch kader. Dit is het onderzoek en de analyse van de resultaten ten goede gekomen. De kwalitatieve opzet bracht verder een sterk interpretatief gehalte in het onderzoek met zich mee. Dit heeft de onderzoeker gedwongen tot veelvuldige zelfreflectie. Het onderzoeksvoorstel en de deelvragen zijn een anker gebleken bij het maken van keuzes voor interviews en observaties en het theoretisch kader betekende een houvast bij het analyseren en interpreteren van de onderzoeksgegevens.

## 8. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

---

### 8.1 Conclusie

In het overheidsbeleid is de laatste jaren steeds meer nadruk komen te liggen op het zichtbaar en meetbaar maken van de kwaliteit van de gezondheidszorg met behulp van prestatie-indicatoren. Het doel daarvan is tweeledig: het organiseren van een transparante vorm van publieke verantwoording en het stimuleren van zorgorganisaties en -professionals om werk te maken van kwaliteitsverbetering (Wollersheim et al. 2006:13). Uit diverse onderzoeken is echter gebleken dat prestatie-indicatoren hun 'werk' niet uit zichzelf doen, maar dat er 'werk' nodig is om ze te activeren. In deze casestudie is onderzoek gedaan naar het internaliseringsproces van prestatie-indicatoren in het SLAZ. Onderzocht is of en op welke wijze prestatie-indicatoren geïnternaliseerd worden en of er een samenhang bestaat tussen internalisering en verbetering van de zorgpraktijk. In het onderzoek zijn twee specifieke prestatie-indicatoren gevolgd, te weten: decubitus en pijn na een operatie. Dit zijn uitkomstindicatoren van het verpleegkundig zorgproces.

De conclusie van dit onderzoek is dat de prestatie-indicatoren binnen het SLAZ hebben geleid tot een proces van internalisering én tot kwaliteitsverbetering van de zorgaspecten decubitus en pijn. Het internaliseringsproces is gestart met de onderkenning van het belang van prestatie-indicatoren door het management. De verplichting jaarlijks te rapporteren op de prestatie-indicatoren heeft intern geleid tot een structuur van verantwoordelijkheden en een 'standaard werkwijze' voor de externe dataverzameling. Hiermee zijn de prestatie-indicatoren werkend gemaakt voor externe verantwoording. De ondergemiddelde scores op de prestatie-indicatoren decubitus (prevalentiemeting) en pijn (CQ-index) én de daarop ervaren externe druk vanuit de Inspectie en Zorgverzekeraar AGIS, zijn aanleiding geweest tot een vervolg. De zorg is nader geanalyseerd, problemen in het werkproces gedetecteerd en nieuw zorgbeleid opgesteld. Door middel van kwaliteitsprojecten onder het programma Sneller Beter is voor zowel decubitus als pijn een cyclisch proces van kwaliteitsverbetering in gang gezet. Het inzicht in resultaten heeft dus geleid tot de door Berg et al. (2005) aanbevolen vervolgstappen om te komen tot optimalisering van kwaliteit. Het kwaliteitsprogramma Sneller Beter is gebruikt als motor voor een verdere internalisering van de prestatie-indicatoren in de organisatie. Externe prestatie-indicatoren zijn hiermee werkend gemaakt voor interne kwaliteitsverbetering. Het tweeledige doel van de prestatie-indicatoren is dus voor zowel het zorgaspect decubitus als pijn bereikt. Daarmee kan geconcludeerd worden dat in deze case een samenhang is tussen de internalisering van prestatie-indicatoren en verbetering van de zorgpraktijk.

Uit dit onderzoek blijkt verder dat de prestatie-indicatoren decubitus en pijn na operatie zowel geschikt zijn als verantwoordingsinstrument (extern doel) en als verbeterinstrument (intern doel). Deze bevinding draagt bij aan de verandering van ideeën over het onderscheid tussen interne en externe indicatoren. Het ondersteunt de conceptualisering van Bal dat indicatoren niet 'in essentie' intern of extern zijn, maar intern of extern moeten worden gemaakt in een proces van internalisering en externalisering.

Ondanks dat generaliseerbaarheid bij een casestudie eigenlijk niet aan de orde is, kunnen de conclusies van dit onderzoek mogelijk toch breder worden getrokken. De conclusie dat binnen het SLAZ internalisering ten behoeve kwaliteitsverbetering van decubitus en pijn heeft plaatsgevonden, kan ook gelden voor andere prestatie-indicatoren. Voorwaarde is dat de resultaten op de prestatie-indicatoren aanleiding zijn geweest voor interventies om de kwaliteit te verbeteren. Wellicht zijn ook generalisaties mogelijk met betrekking tot het gebruik van het kwaliteitsprogramma Sneller Beter als instrument om prestatie-indicatoren te internaliseren in een ziekenhuis. Binnen het programma wordt bij meerdere kwaliteitsprojecten gebruik gemaakt van de prestatie-indicatoren van de IGZ

## 8.2 Aanbevelingen

### *Aanbevelingen voor nader onderzoek:*

- Het is zinvol de conclusies en resultaten van dit onderzoek in een breder verband te plaatsen. Daardoor wordt het mogelijk conclusies te generaliseren. Dit kan bereikt worden door deze te integreren in vergelijkbaar onderzoek naar prestatie-indicatoren zoals het onderzoek van Bal en Jerak-Zuiderent.
- Nader onderzoek naar de werking van andere prestatie-indicatoren binnen het SLAZ is nodig, om al dan niet breed te kunnen concluderen dat in dit ziekenhuis internalisering van prestatie-indicatoren ten behoeve van kwaliteitsverbetering heeft plaatsgevonden.
- Om algemene conclusies te kunnen trekken over de bruikbaarheid van het kwaliteitsprogramma Sneller Beter als instrument om prestatie-indicatoren intern werkend te maken voor kwaliteitsverbetering, moet eveneens nader onderzoek plaatsvinden. Vervolgonderzoek dient zich enerzijds te richten op andere prestatie-indicatoren. Anderzijds is het ook interessant onderzoek te verrichten bij andere Sneller Beter ziekenhuizen.

### *Aanbevelingen voor het SLAZ:*

- De onderzoeker adviseert het SLAZ de taken en verantwoordelijkheden rond de prestatie-indicatoren formeel vast te leggen. Alhoewel het op informele wijze regelen van taken en verantwoordelijkheden past in de cultuur van het SLAZ, maakt het de organisatie ook kwetsbaar. Bij afwezigheid van een functionaris door ziekte of ontslag maken onduidelijkheden over precieze taken en verantwoordelijkheden het moeilijker de continuïteit van allerlei taken rond de prestatie-indicatoren te waarborgen.
- De onderzoeker adviseert het SLAZ verder de werkwijzen rond processen van externe dataverzameling schriftelijk en centraal vast te leggen. Veel werkwijzen zijn nu decentraal vastgelegd of zitten in het hoofd van functionarissen. Extra complicatie daarbij is dat deze functionarissen veelal een solistische functie vervullen. Door het centraal vastleggen wordt kennis en knowhow gecreëerd in de gehele organisatie in plaats van bij individuele personen. Dit komt de internalisering van de prestatie-indicatoren ten goede.
- Voor het verkrijgen van een zo zuiver mogelijk beeld over de mate van decubitus en pijn is een verbetering van de dataregistratie in het verpleegkundig zorgproces wenselijk. Dit kan bereikt worden door verpleegkundigen bewust te maken van het meervoudige belang van registratie. Registratie ter ondersteuning van (de continuïteit van) het verpleegkundig zorgproces en het verkrijgen van intern inzicht in de problematiek, maar ook voor externe verantwoording van kwaliteit van zorg. Het is in dit verband zinvol te onderzoeken of het mogelijk is de dataverzameling voor externe verantwoording meer in de verpleegkundige registratie te integreren.
- Bij het borgen van de nieuwe werkwijzen en resultaten van de kwaliteitsprojecten, adviseert de onderzoeker het SLAZ rekening te houden met de complicerende factoren die in dit onderzoek naar voren zijn gekomen. Het is in dit kader belangrijk, naast de succes- en faalfactoren die uit de literatuur bekend zijn, aandacht te hebben voor:
  - scholing van personeel dat betrokken is in het dataverzamelingsproces;
  - het bereiken van een omslag in het denken van verpleegkundigen van curatieve naar preventieve zorgverlening met name op het gebied van decubituszorg;
  - continue scholing van nieuw verpleegkundig personeel over de nieuwe werkwijzen van decubitus- en pijnzorg;
  - het verbeteren van de kennis over pijnbeheersing bij de arts-assistenten.
- Om tot een verdere internalisering van prestatie-indicatoren te komen, adviseert de onderzoeker het management van het SLAZ de prestatie-indicatoren op te nemen in een Planning & Control cyclus en hierover interne prestatie-afspraken te maken. Hierdoor ontstaat een koppeling tussen het primaire zorgproces (microniveau) en het verantwoorden van de performance naar externe stakeholders (macroniveau). Het management krijgt hiermee een mogelijkheid tot interne sturing op uitkomsten van zorg.

## LITERATUURLIJST EN BRONNEN

---

- Bakker, B. 2004. *Woordenboek van de psychologie*. Amsterdam.
- Bal, R. 2008. *De nieuwe zichtbaarheid. Sturing in tijden van marktwerking, Oratiereeks Erasmus MC*. Rotterdam: Erasmus MC.
- Berg, M. et al. 2005. *Feasibility first: Developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for Dutch Hospitals*. *Health Policy* (75): 59-73.
- Berg, M. & W. Schellekens. 2002. 'Paradigma's van kwaliteit: De verschillen tussen externe en interne kwaliteitsindicatoren'. *Medisch Contact* 57 (34):1203-1205.
- Bevan, G. 2004. Target, 'Inspections, and transparency.' *British Medical Journal* (328):598.
- Bevan, G. & R. Hamblin. 2008. Responses by ambulance services to targets for emergency calls: impacts of differences in performance measurement within the UK. *Journal of the Royal Statistical Society*:in press.
- Bevan, G. & C. Hood. 2006. What's measured is what matters. Targets and gaming in the English public health care care system. *Public Administration* 84 (3):517-538.
- Boltanski, L. & L. Thevenot. 1999. 'The sociology of Critical Capacity'. *European Journal of Social Theory* 2 (3):359-377. Sage Publications. London, Thousand Oaks, CA & New Delhi.
- Bowling, A. 2002. *Research methods in health. Investigation health and health services* Buckingham/Philadelphia: Open University Press (second edition)
- Bruijn, J.A. de. 2002. 'Outputsturing in publieke organisaties: over het gebruik van een product- en een procesbenadering.' *Management en Organisatie* (3):5-21.
- (CBO) 2008. *Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg* [Internet]. [aangehaald op 7/1/2008]. Bereikbaar op <http://www.cbo.nl>
- Creswell, J.W (2003). *Research design. Qualitative, Quantitative and Mixed Methods approaches*. Tweede druk. Thousand Oaks / London / New Delphi: Sage Publications, Inc.
- Dixon, A., Robertson, R. & R. Bal. 2008. The experience of implementing choice at point of referral: a comparison of the Netherlands and England. In *European Health Policy Group*. Dublin.
- Donabedian, A. 1997. 'Quality of care: How can it be assessed?'. *Archives of Pathology & Laboratory Medicines* 121:1145-1150.
- 1980. 'The definition of quality and approaches to its assesment'. *Explorations in quality assesment and monitoring* (Vol 1). Michigan: Ann Arbor: Health Administration Press.
- Emans, B. 1990. *Interviewen. Theorie, techniek en training*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Geelhoed, J. 2005. *Control deficiencies in the Dutch health care sector*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.

- Groenewoud, A.S. & R. Huijsman. 2003. *Prestatie-indicatoren voor de kiezende zorggebruiker. Een studie naar een conceptueel raamwerk. De huidige stand van zaken en de toekomst van prestatie-indicatoren in de Nederlandse gezondheidszorg.* ZonMw, Den Haag.
- Harteloh, P.P.M. & A.F. Casparie. 2001. *Kwaliteit van zorg: van een inhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak.* Vierde herziene druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg. [1991]
- t Hart H. et al. 1996. *Onderzoeksmethoden.* Amsterdam: Boom.
- Hermans, H.E.G.M. & M.A.J.M. Buijsen. 2006. *Recht en gezondheidszorg.* Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Heyden, J.T.M. van der. 1999. "Professionele autonomie in ziekenhuizen". In: E.H. Hulst (red.), *Het domein van de arts, beschouwingen over het professionele domein van de arts, professionele autonomie en verantwoordelijkheid*, 39-53, Maarsen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Hibbard, J.H. 2008. What can we say about the impact of public reporting? Inconsistent execution yealds variable results. *Annals of Internal Medicine* 148:160-161.
- IGZ 2003. *Brief IGZ aan Sint Lucas Andreas Ziekenhuis inzake decubitus.* Den Haag.
- 2006a. *Het resultaat telt 2005. Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg.* Den Haag. [Internet]. [Aangehaald op 9/2/2008]. Bereikbaar op: <http://www.igz.nl>
- 2006b. *Het resultaat telt 2004. Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg.* Den Haag. [Internet]. [Aangehaald op 30/6/2008]. Bereikbaar op: <http://www.igz.nl>
- 2007 *Het resultaat telt 2006. Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg.* Den Haag. [Internet]. [Aangehaald op 9/2/2008]. Bereikbaar op: <http://www.igz.nl>
- (IGZ) 2008. *Inspectie voor de Gezondheidszorg 2008.* [internet]. [Aangehaald op 7/1/2008]. Bereikbaar op: <http://www.igz.nl>
- IGZ, NVZ, NFU & OMS. 2007. *Prestatie-indicatoren ziekenhuizen. Basisset 2008.* Utrecht: IGZ, NVZ, NFU & OMS
- 2006. *Prestatie-indicatoren ziekenhuizen. Basisset 2007.* Utrecht: IGZ, NVZ, NFU & OMS
- Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. 2001. *Crossing the Quality Chasm: A new Healthcare system for the 21<sup>st</sup> century.* National Academy Press. Executive summary.
- Jansen, J.J.P., Bosch, F.A.J. van den & H.W. Volberda. 2006. 'Exploratory innovation, exploitative innovation, and performance: effects of organizational antecedants and environmental moderators'. *Management Science* 52 (11):1661-1674.
- Kelman, H.C. 1961: Processes of attitude change. *Public Opinion Quarterly.* 25: 57-78
- Mainz, J. 2003. 'Defining and classifying clinical indicators for quality improvement: Methodology Matters.' *International Journal for Quality in Health Care* 15 (6):523-530.

- Meijerink, Y et al. 2003. 'Werken aan verbetering' *Medisch Contact*. 58 (40): 1531-1534.
- Oorschot, J.A van. et al. 1995. *Professionele autonomie van de medisch specialist*. Assen: Van Gorcum. H2.
- Pitches, D., Burls, A. & A. Fry-Smith. 2003. 'Snakes, ladders, and spin'. *British Medical Journal* 327: 1436-1439.
- Pollitt, C. 2006. 'Performance Information for Democracy: The Missing Link?' *Evaluation* 12 (1):38-55.
- Schellekens, W.M.L.C.M. & J.J.E. van Everdingen. 2001. *Kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schellekens W., Berg M. & N. Klazinga. 2003. 'Vliegen en gevlogen worden' *Medisch Contact*, 58 (8):291-294
- Schepers, R. & N. Klazinga. 1993. *Professionele autonomie in een veranderende gezondheidszorg*.
- Segers, J. & J. Hutjes. 1999. *De gevalstudie*. Uit: Segers, J. Methoden voor de maatschappijwetenschappen. Assen: van Gorkum
- SLAZ 2005. *Beleidsnotitie Kwaliteitszorg*. Amsterdam.  
 ----- 2007a *Beleidskader 2008-2010*. Amsterdam.  
 ----- 2007b *Rapport Sneller Beter pijler 3 Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, 2006-2007*. Amsterdam.  
 ----- 2007c. *(Rapport) Basisset Prestatie Indicatoren 2006, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis*. Amsterdam.  
 ----- 2007d. *Rapport Decubitus Prevalentie Sint Lucas Andreas Ziekenhuis*. Amsterdam  
 ----- 2008a. *(Rapport) Basisset Prestatie Indicatoren 2007, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis*. Amsterdam  
 ----- 2008b. *Decubitus prevalentie Sint Lucas Andreas Ziekenhuis 17 april 2008.*. Amsterdam
- (Sneller Beter) 2006 a. *Draaiboek Doorbraak Decubitus, Sneller Beter pijler 3*  
 ----- 2006 b. *Draaiboek Doorbraak Medicatieveiligheid, Sneller Beter pijler 3*.
- Strauss, A. 1985. 'Work and the division of Labor'. *The Sociological Quarterly*. 26:1-19
- Strauss, A. et al. 1997. *Social Organization of Medical Work*. 2nd ed. New Brunswick and London: Transaction Publishers. Original edition, 1985.
- Swanborn, P.G. 2002. *Basisboek sociaal onderzoek*. Amsterdam: Boom.
- Walburg et al. 2006. *Performance management in health care*. Oxfordshire: Routledge.
- Weggeman, M. 2001. *Kennismanagement: Inrichting en besturing van kennisintensieve organisaties*. Schiedam: Scriptum [1997]
- Wiener, C.L. 2000. *The Elusive Quest. Accountability in Hospitals*. New York: Aldins de Gruyter  
 ----- 2004. *Holding American hospitals accountable: rhetoric and reality*. *Nursing Inquiry* 2004 11(2):82-90.

Wollersheim, H. et al. 2006. *Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren*. Centrum voor Ethiek en Gezondheid. Zoetermeer/Den Haag.



**BIJLAGEN**

---

## BIJLAGE 1: Topiclijst interview

---

### *Introductie:*

- Voorstellen
- Uitleg onderzoek en vragen toestemming voor maken geluidsopnamen
- Wat is uw naam?
- Wat is uw functie in het ziekenhuis?
- Wat is uw taak in relatie tot de prestatie-indicatoren van de Inspectie?

### *Belang van prestatie-indicatoren:*

- Zijn de prestatie-indicatoren van de IGZ belangrijk voor het ziekenhuis? Waarom?
- Welk belang hecht u aan de prestatie-indicatoren?

### *Andere kwaliteitssystemen en –programma's en prestatie-indicatoren:*

- Welke kwaliteitssystemen of – programma's zijn er in het ziekenhuis?
- Worden de prestatie-indicatoren gebruikt binnen deze kwaliteitssystemen of – programma's?
  - Hoe?
- Wat vindt u goede kwaliteit van decubituszorg?
- Wat vindt u goede kwaliteit van pijnzorg?

### *Organisatie dataverzameling voor externe verantwoording:*

#### *Algemeen en uitgesplitst naar indicator:*

- Hoe is het dataverzamelingsproces voor externe verantwoording georganiseerd? (beschrijving van proces)
- Welke functionarissen zijn betrokken in het werk met betrekking tot deze prestatie-indicatoren?
  - Wat is hun functie en wat zijn hun taken?.
- Wie registreert de metingen (is er sprake van bronregistratie)?
- Hoe wordt er geregistreerd?
- Wie verzamelt de gegevens en wie analyseert de gegevens?
- Hoe wordt consensus over de "uitkomst" (resultaten en inhoud) van de gegevens bereikt?
- Wie stelt de rapportage over deze prestatie-indicatoren op?
- Hoe verloopt dit proces (concept, besprekingen, vaststelling)?

### *Zorgprocessen decubitus en pijn na operatie en de rol van prestatie-indicatoren:*

- Hoe is het proces van zorg georganiseerd voor decubitus / pijn na operatie? (beschrijving van het zorgproces)
- Hebben de prestatie-indicatoren decubitus en pijn na zorg geleid tot aanpassingen in het primaire proces? Bijvoorbeeld: andere werkwijzen, protocollen, nieuwe taken
- Zijn de prestatie-indicatoren decubitus en pijn na operatie zinvolle indicatoren in het gehele zorgproces? Ondersteunen deze indicatoren het zorgproces?
- Vindt u dat er sinds de introductie van de IGZ prestatie-indicatoren, sprake is van een verbetering van de kwaliteit van zorg ten aanzien van decubitus en pijn?
  - Zo ja, waarin uit zich dat? (voorbeeld)

### *Afsluiten*

- Bedanken voor interview

## BIJLAGE 2: Tekst IGZ-prestatie-indicatoren decubitus en pijn na operatie

18

PRESTATIE-INDICATOREN ZIEKENHUIZEN BASISSET 2008

### 1 Decubitus

(ICD-9 code 707.0 en ICD-10 code L89)

Decubitus veroorzaakt veel pijn en ongemak en kan soms levensbedreigend zijn. Uit de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) blijkt dat decubitus frequent voorkomt in ziekenhuizen (de prevalentie in de onderzochte populatie was in 2006 gemiddeld 5,3 procent). Uit nationale en internationale literatuur blijkt dat een significante kwaliteitsverbetering haalbaar is, omdat decubitus vaak te voorkomen is door goede preventieve maatregelen en het tijdig opsporen van patiënten die een verhoogd risico lopen op decubitus.

Decubitus wordt gezien als een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg.

De aanwezigheid van een registratie van de prevalentie en ernst van decubitus, uitgedrukt in een decubituscore, is een indicator voor de kwaliteit van het decubituspreventiebeleid. Deze score wordt door de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) gedefinieerd, landelijk verzameld en van spiegelgegevens voorzien.

Bij het beperken van de kans op decubitus is een decubitusregistratiesysteem van belang. Als structuurindicator wordt daarom gevraagd aan te geven of in uw ziekenhuis met een systematische decubitusregistratie wordt gewerkt. Kenmerken van een systematische decubitusregistratie zijn opgenomen in onderstaand schema. Met behulp hiervan kunt u een aantal kenmerken van een systematische decubitusregistratie zoals die in uw ziekenhuis aanwezig zijn, in kaart brengen. Indien gewenst kunt u het schema in de toelichting bij uw antwoord gebruiken.

#### **Kenmerken van een systematische decubitusregistratie**

- Aanwezigheid van één of meer decubitusconsulenten.
- Het houden van regelmatige puntprevalentiemetingen bij alle opgenomen patiënten in het gehele ziekenhuis.
- Het bijhouden van een incidentieregistratie bij één of meer specifieke patiëntengroepen.
- De aanwezigheid van een commissie of werkgroep die het decubitusbeleid op basis van deze registraties waar nodig bijstelt.



### 1.1 Toelichting: Puntprevalentie decubitus ziekenhuisbreed

Als uitkomstindicator is gekozen voor het registreren van een puntprevalentiemeting om inzicht te krijgen in de omvang van de decubitusproblematiek. Bij een puntprevalentiemeting wordt op een bepaald tijdstip (één dag) bij alle patiënten van het ziekenhuis onderzocht of zij decubitus hebben. Om de betrouwbaarheid te bevorderen, wordt decubitus graad 1 niet in de indicator opgenomen. Dit is in overeenstemming met de registratie van de LPZ<sup>[1]</sup>. Omdat het gaat om decubitus die in het ziekenhuis ontstaan is, worden patiënten bij wie bij opname al decubitus aanwezig was, uitgesloten.

Indien de puntprevalentiemeting niet het gehele ziekenhuis betreft maar één of meer afdelingen of een (random) steekproef van patiënten, is het van belang ook aan te geven welk deel van het totale aantal opgenomen patiënten werd onderzocht en hoe en/of waarom deze populatie is geselecteerd.

- **Inclusiecriteria:**

- Patiënten waarbij vochtletsel is geconstateerd.
- Patiënten die bij opname in het ziekenhuis al decubitus hadden en die er tijdens verblijf in het ziekenhuis decubitus bij kregen.

- **Exclusiecriteria:**

- Patiënten die bij opname in het ziekenhuis al verschijnselen van decubitus hadden.
- Patiënten in dagbehandeling.
- Patiënten opgenomen op de kinderafdeling en op short stay afdelingen.

### 1.1 Indicator: Puntprevalentie decubitus ziekenhuisbreed

Zijn de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?  ja  nee  
#

Is de decubitusprevalentie in het verslagjaar bekend?  ja  nee  n.v.t.  
\* \*

Teller: aantal patiënten met decubitus graad 2 tot en met 4, aanwezig in het ziekenhuis op een vast tijdstip in het verslagjaar.

[1] Het nieuwste LPZ-protocol is te vinden op: <http://www.lpz-um.nl>.

\* Geef toelichting  
# Gegevens per locatie aanleveren

Noemer: aantal op decubitus onderzochte (klinische) patiënten in het ziekenhuis op het genoemde tijdstip.

Totaal aantal opgenomen patiënten op datzelfde tijdstip.

Puntprevalentie (wordt automatisch berekend):

Datum en tijdstip van de meting:

Patiënten worden onderzocht door:

- Decubitusconsulent  
 Afdelingsverpleegkundige  
 Anders, namelijk:

- *Inclusiecriteria:*
  - *Patiënten waarbij vochtletsel is geconstateerd.*
  - *Patiënten die bij opname in het ziekenhuis al decubitus hadden en die er tijdens verblijf in het ziekenhuis decubitus bij kregen.*
- *Exclusiecriteria:*
  - *Patiënten die bij opname in het ziekenhuis al verschijnselen van decubitus hadden.*
  - *Patiënten in dagbehandeling.*
  - *Patiënten opgenomen op de kinderafdeling en op short stay afdelingen.*

Onderzoek volgens

- LPZ-protocol  
 Eigen protocol  
 Geen vast protocol

Beschikt u over een registratiesysteem?

- ja  nee

Registreert u volgens het LPZ-systeem?

- ja  nee

Zo nee, volgens welk ander systeem registreert u decubitus?

Heeft u een steekproef genomen?

- ja  nee

Populatie (beschrijving):

Steekproefgrootte:

Selectiecriteria:

Toelichting:

**1.2 Toelichting: Decubitusincidentie bij een homogene patiëntenpopulatie**

*De incidentie bij een homogene patiëntengroep met een laag decubitusrisico geeft inzicht in de zorg die aan die specifieke groep gegeven wordt. Daarmee wordt duidelijk welke verschillen op dat gebied tussen ziekenhuizen bestaan. Daarom is bij patiënten met een totale heupvervangings gekozen voor de incidentie van decubitus. Bij patiënten waarbij een heupoperatie wordt verricht in verband met een heupfractuur, kan de incidentie (veel) hoger zijn; daarom kan het verstandig zijn dit feit te vermelden als relatief veel patiënten met fracturen in de populatie zijn opgenomen. Dit is een betere indicator dan ziekenhuisbrede prevalentie van decubitus, omdat de verschillen in de patiëntenpopulatie minder groot zijn.*

- *Inclusie criterium:*
- *Patiënten waarbij vochtletsel is geconstateerd.*

**1.2 Indicator: Decubitusincidentie bij een homogene patiëntenpopulatie**

Zijn de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?  ja  nee  
#

Is de decubitusincidentie bij patiënten met een totale heupvervangings (CTG-code 038567) in het verslagjaar bekend?  ja  nee  n.v.t.  
\* \*

Beschikt u over een registratiesysteem?  ja  nee

Heeft u een steekproef genomen?  ja  nee

Populatie (beschrijving):

Steekproefgrootte:

Selectiecriteria:

- \* Geef toelichting
- # Gegevens per locatie aanleveren



Teller: aantal nieuwe gevallen van decubitus graad 2 tot en met 4 bij patiënten, opgenomen voor een totale heupvervangning (CTG-code 038567).

Noemer: alle voor een totale heupvervangning opgenomen patiënten.

Incidentie:

Welke databron(nen) heeft u gebruikt?

- LPZ
- ZIS
- Complicatieregistratie-systeem, namelijk:
- Anders, namelijk:

Toelichting:

## 7 Pijn na een operatie

Pijnbestrijding is van belang zowel voor het welbevinden van de patiënt als voor het genezingsproces. Het blijkt dat gestandaardiseerde pijnmetingen leiden tot meer inzicht in pijnervaring van patiënten en daardoor tot een effectieve pijnbestrijding. Omdat gestructureerde aandacht voor postoperatieve pijnbestrijding nog relatief nieuw is, is dit niet altijd op alle afdelingen van een ziekenhuis in gelijke mate aanwezig. Zo kan er een verschil zijn in het beleid direct na de operatie als de patiënt nog op de verkoeverkamer is opgenomen, en de latere postoperatieve fase als de patiënt weer op een verpleegafdeling is.

### 7.1 Toelichting: Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten

*De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) heeft een richtlijn opgesteld voor postoperatieve pijnbestrijding, waarin naast medicatieadviezen ook pijnmeting aan de orde komt. Op basis hiervan kunnen de ziekenhuizen eigen beleid ontwikkelen met betrekking tot het te gebruiken meetinstrument en de tijdstippen en condities van de patiënt waarbij pijnmetingen gedaan worden.*

*Postoperatieve pijn is een te verwachten, maar ongewenst bijproduct van een operatie. Niet alleen is postoperatieve pijn ongewenst, pijn belemmert ook een spoedig herstel. Daarnaast lijkt het zo te zijn dat ernstige postoperatieve pijn in relatie staat tot het ontwikkelen van chronische pijn na een operatie.*

*Het structureel meten van pijnintensiteit (pijnscore) met een Visual Analogue Scale (VAS), Numerical Rating Scale (NRS) of Verbal Rating Scale (VRS) draagt bij aan de effectiviteit van de pijnbehandeling. Een pijnscore van minder dan 4 (op een schaal van 10) geeft acceptabele pijn aan, een pijnscore van 4 tot en met 7 matig ernstige pijn en een pijnscore van boven de 7 ernstige pijn.*

### 7.1 Indicator: Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten

Zijn de geïnccludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?  ja  nee  
#

Is het percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten in het verslagjaar bekend?  ja  nee  n.v.t.  
\* \*

Beschikt u over een registratiesysteem?  ja  nee

Heeft u een steekproef genomen?  ja  nee

\* Geef toelichting

# Gegevens per locatie aanleveren



Populatie (beschrijving):

Steekproefgrootte:

Selectiecriteria:

Teller 1: aantal klinische operatiepatiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verkoever is uitgevoerd en geregistreerd.

Noemer 1: totaal aantal klinische operatiepatiënten (verblijfsperiodes) op de verkoever.

Percentage 1 (wordt automatisch berekend): %

Teller 2: aantal klinische operatiepatiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verpleegafdeling is uitgevoerd.

Noemer 2: totaal aantal klinische operatiepatiënten op de verpleegafdelingen.

Percentage 2 (wordt automatisch berekend): %

- *Exclusiecriteria:*
  - *Kinderen jonger dan 7 jaar.*
  - *Patiënten in dagopname.*
- *Inclusie criterium:*
  - *Postoperatieve patiënten.*

Toelichting:

**7.2 Toelichting: Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie**

Het percentage patiënten dat in de eerste 72 uur na een operatie op enig moment een ernstige pijnscore aangeeft, is een indicator voor de postoperatieve pijnbestrijding. Patiënten die behandeld zijn in dagbehandeling, worden geëxcludeerd omdat follow-up moeilijk uitvoerbaar is. Ook wordt onderscheid gemaakt tussen het beleid in de periode direct na de operatie als de patiënt nog op de verkoeverkamer verblijft en de latere post-operatieve periode als de patiënt weer op de verpleegafdeling is opgenomen. Kinderen jonger dan 7 jaar vallen niet onder deze indicator. Pijnmeting dient echter wel uitgevoerd te worden. Hiervoor zijn aangepaste instrumenten beschikbaar.

**7.2 Indicator: Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore van boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie**

Zijn de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?  ja  nee  
#

Is het aantal patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie in het verslagjaar bekend?  ja  nee  n.v.t.  
\* \*

Beschikt u over een registratiesysteem?  ja  nee

Heeft u een steekproef genomen?  ja  nee

Populatie (beschrijving):

Steekproefgrootte:

Selectiecriteria:

Teller: aantal patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie.

Noemer: totaal aantal patiënten bij wie systematisch een pijnscore is gemeten (ten minste 6 metingen per patiënt gelijk verdeeld de eerste 72 uur na een operatie).

\* Geef toelichting

# Gegevens per locatie aanleveren

Percentage (wordt automatisch berekend): %

- *Inclusie criterium:*
  - *Postoperatieve patiënten bij wie systematisch een pijnscore is gemeten.*
- *Exclusie criteria:*
  - *Kinderen jonger dan 7 jaar.*
  - *Patiënten in dagopname.*

Toelichting:

## Sneller beter project Post Operatieve Pijnbestrijding Afdeling heekunde

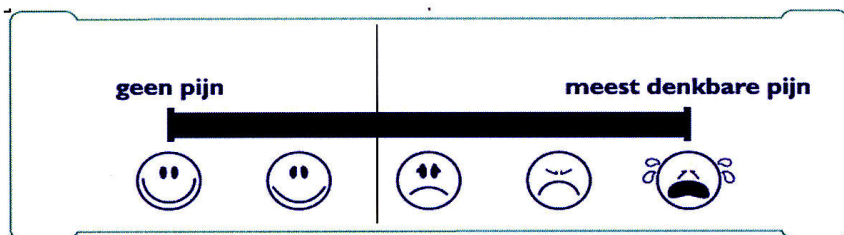


Doel:

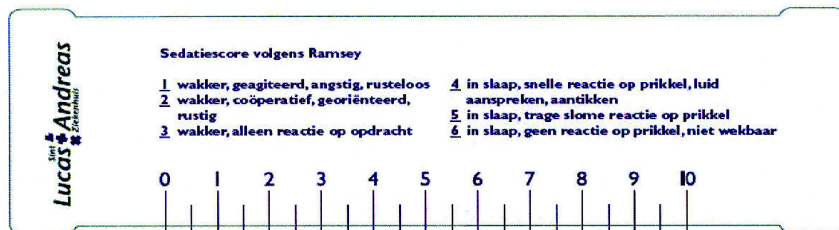
Bij alle geopereerde patiënten wordt gedurende de eerste 72 uur postoperatief, drie maal per dag, om 8.00, 14.00 en 22.00 uur de pijn geregistreerd met behulp van de VAS pijnscore met als doel het pijnvrij houden van de patiënt.

### Hoe werkt het VAS meetlatje?

Op het meetlatje wordt aan de voorzijde de waarde weergegeven met een lijn, waarvan de ene kant geen pijn is en de andere kant de meest denkbare pijn.  
De patiënt moet het schuifje op het meetlatje daar zetten, waar hij/zij vindt dat het pijnniveau ligt.



Op de achterzijde kan de verpleegkundige dan aflezen waar de rode streep zich op de numerieke schaal bevindt.  
Dit getal bepaalt de pijnscore.



Een goede pijnscore is  $\leq 4$

De pijnbestrijding dient erop gericht te zijn dat de patiënt constant pijnvrij gehouden wordt. Ook wanneer de pijnscore  $\leq 4$  is, is het de bedoeling dat er op vaste tijden pijnstilling gegeven wordt, om de pijn zodoende permanent onder controle te houden.

## **BIJLAGE 4: Profielschets werkzaamheden van aandachtsvelder decubitus.**

---

Taken:

De aandachtsvelder:

- \* Is aanspreekpunt voor andere collega's van zijn/haar afdeling om zodoende optimale decubituszorg bij individuele patiënten te verlenen.
- \* Signaleert knelpunten t.a.v. de decubituszorg en stelt samen met de decubitusverpleegkundigen een verbeterplan op voor eigen afdeling.
- \* Draagt kennis en vaardigheden aan collega's over op het gebied van preventie en behandeling van decubitus.
- \* Werkt mee aan onderzoek om generieke problemen rondom decubituszorg te ontdekken.
- \* Geeft wijzigingen in beleid en behandeling, die door de decubituscommissie worden aangebracht, door aan de eigen afdeling.
- \* Meld veranderingen in bestaande afdelingsprotocollen, standaarden en werkafspraken aan de leiding en collega's.
- \* Overtuigt zich van het efficiënt gebruik van de beschikbare anti-decubitusmaterialen en indiceert en controleert de inzet van preventieve materialen zoals b.v. een Primomatras.
- \* Meld gebleken successen en tekortkomingen periodiek aan de afdelingsleiding en aan de decubitusverpleegkundigen.
- \* Zorgt samen met de decubitusverpleegkundigen voor het implementeren van het decubituspreventie en behandelingsrichtlijnen op de afdeling.
- \* Kan wanneer de situatie dat vraagt voor de hele kliniek aanspreekpunt zijn betreffende vragen t.a.v. decubituspreventie en/of behandeling (sein 333).

Verantwoordelijkheden:

- \* De aandachtsvelder is verantwoordelijk voor zijn/haar eigen handelen als professional. Daarbij is hij/zij verantwoordelijk voor het goed overdragen van informatie naar de afdeling en naar de decubitusverpleegkundigen.
- \* De aandachtsvelder houdt zich op de hoogte van de stand van zaken en ontwikkelingen op het gebied van preventie en/of behandeling van decubitus.
- \* De afdelingsleiding is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg op de afdeling, dus ook van de decubituszorg.

Bevoegdheden:

- \* Het geven van gevraagd en ongevraagd advies t.a.v. decubitusbehandeling en/of preventie bij de individuele patiënt.
- \* Het geven van gevraagd en ongevraagd advies aan de decubitusverpleegkundigen en aan de afdelingsleiding m.b.t. het gevoerde decubitusbeleid op de afdeling.
- \* Het doen van afdeling beleidsvoorstellen m.b.t. decubitusbehandeling en/of preventie.

Plaats in de organisatie:

- \* De leidinggevende van de afdeling is verantwoordelijk voor het aanstellen van een aandachtsvelder decubitus.
- \* De aandachtsvelder ontvangt leiding van het afdelingshoofd.
- \* De aandachtsvelder ontvangt inhoudelijke ondersteuning van de decubitusverpleegkundige.

Vereisten :

- \* Gediplomeerd verpleegkundige (teamleider)
- \* Minimaal 4 dagen per week aanwezig.
- \* Enige jaren werkervaring
- \* Bereid zijn cursussen en workshops te volgen m.b.t. decubituspreventie, behandeling



## BIJLAGE 5: Scores prestatie- indicator decubitus 2007 SLAZ



### 3. Basisset Zorginhoudelijk: IGZ indicatoren

#### 3.1 Decubitus

3.1.1 Decubitusregistratie						
De decubitusprevalentie ziekenhuisbreed.	Sint Lucas Andreas Ziekenhuis				landelijk 2006 (beantwoord door 99% van ziekenhuizen)	
	2007	2006	2005	2004		
Beschikt het ziekenhuis over een systematische decubitusregistratie?	ja	ja	ja	ja		
Registreert het ziekenhuis volgens het LPZ-systeem?	nee	nee	nee	nee		
Indien niet volgens het LPZ-systeem, dan volgens:	Assist registratiesysteem (firma Hill Rom, leverancier anti decubitus-systemen), met LPOD scorelijst.				71 ziekenhuizen gebruiken het landelijke LPZ-protocol 27 ziekenhuizen gebruiken een ander of eigen protocol	
Worden de resultaten van de registratie aantoonbaar gebruikt in beslissingen van het management?	ja	ja	ja	ja	Zie 2 <sup>e</sup> alinea van toelichting	

**Toelichting SLAZ.** Op iedere verpleegafdeling is een zogenaamde 'aandachtvelder decubitus' aangesteld. Zij dragen zorg voor het uitvoeren van het decubitusbeleid op de afdeling. Bij vragen en onduidelijkheden wordt de decubitusconsulent in consult gevraagd. De laatste stelt in overleg met de verpleegkundige een zorgplan op. Zijn er onduidelijkheden met betrekking tot wondzorg, dan zal de decubitus verpleegkundige met de behandelend arts in overleg gaan. Binnen het ziekenhuis is een patiënten folder "decubitus" ontwikkeld, waarin is aangegeven hoe decubitus ontstaat en waar de patiënt zelf op kan letten en welke maatregelen er eventueel genomen zullen worden door de verpleegkundige. Er worden ziekenhuisbreed scholingen aangeboden. Er zijn antidecubitus matrassen aangeschaft in plaats van ze te huren. Vanaf september 2006 is bij de maatschap Heelkunde en de IC i.h.k.v. 'Sneller Beter 3' gestart met het project Decubitus. De incidentie is inmiddels onder de 5%.

**Wijze van gebruik registratie in beslissingen van het management?** Uit de registratie bleek dat er relatief nog veel hieldecubitus voorkomt. In overleg met het management is besloten speciale kussens aan te schaffen die het mogelijk maken de hielen vrij te leggen. Vanwege decubitus op afwijkende plaatsen is besloten over te gaan tot aanschaf van beddekbeschermers. Tevens sluit dit aan bij het bevorderen van de veiligheid van de patiënt.

3.1.2 Puntprevalentie decubitus ziekenhuisbreed						
De decubitusprevalentie ziekenhuisbreed.	Sint Lucas Andreas Ziekenhuis				landelijk 2006 (beantwoord door 99% van ziekenhuizen)	
	2007	2006	2005	2004	gemiddeld	variatie
Is de decubitusprevalentie in het verslagjaar bekend?	ja	ja	ja	ja		
Aantal patiënten met decubitus (graad 2 t/m 4), aanwezig in het ziekenhuis op een vast tijdstip	17	12	21	33		
Aantal onderzochte (klinische) patiënten	264	259	266	243		
Aantal opgenomen (klinische) patiënten	315	309	337	313		
Puntprevalentie decubitus bij onderzochte patiënten	6,4%	4,6%	7,9%	13,6%	5,3%	0,5 – 12,6%
Puntprevalentie decubitus bij opgenomen patiënten	5,4%	3,9%	6,2%	10,5%		
Datum van de meting (tijdstip: gehele dag)	19-4-07	7-4-06	6-4-05	6-4-04		
De patiënten werden onderzocht door de decubitusconsulent en de aandachtvelder decubitus.						
Het onderzoek volgde het Hill Rom protocol, maar met het LPOD scoreformulier (CBO lijst).						
Het aantal onderzochte patiënten is niet gelijk aan het aantal opgenomen patiënten. De volgende selectie is toegepast.	Evenals in andere ziekenhuizen zijn de kinderafdeling, couveuse, kraamafdeling en dagverpleging niet meegenomen in de meting.					
<b>Gebruikte databron.</b> De CBO scorelijst Hill Rom en ZIS.						
<b>Exclusie.</b> Patiënten die bij opname al verschijnselen van decubitus hadden, zijn niet meegerekend.						

**Toelichting SLAZ.** Het Decubitus beleidsplan 2004-2005 van de SLAZ Decubituscommissie had als hoofddoelstelling het terugbrengen van de prevalentie van decubitus van 19% in 2003, naar 12% in 2004 en naar 9% in 2005. Volgens de puntprevalentie 2004 en 2005 zijn de doelstellingen ruimschoots gehaald; de puntprevalentie in 2006 geeft aan dat het gezamenlijk streven naar vermindering van decubitus tot goede resultaten heeft geleid. Desondanks blijft het streven tot alertheid en het nog meer terugbrengen van de prevalentie onverminderd gehandhaafd.

*Het ziekenhuis voldoet aan de volgende kenmerken van een systematische decubitusregistratie:*

- aanwezigheid van een of meer decubitusconsulenten: **ja**
- het houden van regelmatige puntprevalentiemetingen bij alle opgenomen patiënten in het gehele ziekenhuis: **ja**
- het bijhouden van incidentieregistratie bij een of meer specifieke patiëntengroepen: **ja, sinds september 2006.**
- de aanwezigheid van een decubituscommissie of werkgroep die het beleid op basis van deze registraties waar nodig bijstelt: **ja**

**Toelichting IGZ.** De aanwezigheid van een registratie van de prevalentie en ernst van decubitus, uitgedrukt in een decubituscore, is een indicator voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg en biedt tevens inzicht in de kwaliteit van het decubituspreventiebeleid.

3.1.3 Decubitus incidentie bij een homogene patiëntenpopulatie						
De incidentie decubitus bij patiënten met een totale heupvervangings is bekend.	Sint Lucas Andreas Ziekenhuis				landelijk 2006 (beantwoord door 90% van ziekenhuizen)	
	2007	2006	2005	2004	gemiddeld	variatie
Is de decubitusincidentie bij patiënten met een totale heupvervangings in het verslagjaar bekend?	ja	ja	ja	ja		
Aantal nieuwe gevallen van decubitus bij patiënten, opgenomen voor een totale heupvervangings	0	2	3	3		
Alle voor een totale heupvervangings opgenomen patiënten	153	168	173	196		
Incidentie	0,0%	1,2%	1,7%	1,5%	2,0%	0 – 13,6%

**Gebruikte databron.** LMR en ZIS: totale heup implantaties en decubitus.

**Toelichting IGZ.** De mate waarin een ziekenhuis te maken heeft met doorligwonden, hangt sterk samen met de samenstelling van de patiëntengroep. Om die reden wordt klinieken gevraagd hoe vaak doorligwonden voorkomen bij één specifieke patiëntengroep. In dit geval gaat het om mensen die opgenomen zijn na een heupoperatie. Registratie van doorligwonden bij deze patiëntengroep geeft een beeld over de al dan niet succesvolle aanpak van het probleem. Voor ziekenhuizen die niet registreren is het vrijwel onmogelijk maatregelen te nemen om de situatie te verbeteren.

Conclusies & reactie Inspectie in 'het resultaat telt 2006'
<p><b>Conclusies</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Alle ziekenhuizen registreren de prevalentie of incidentie van decubitus.</li> <li>2 Registratie volgens de LPOD/LPZ-methodiek is de meest voorkomende vorm van registratie.</li> <li>3 Er is een groot verschil in prevalentie. Dit verschil kan deels, maar niet volledig, verklaard worden doordat: <ul style="list-style-type: none"> <li>– ziekenhuizen verschillende populaties hebben gemeten.</li> <li>– ziekenhuizen verschillende methoden van opsporing hebben gebruikt.</li> <li>– ziekenhuizen verschillend omgaan met het includeren van vochtletsel.</li> </ul> </li> </ol> <p><b>Reactie inspectie</b></p> <p>De inspectie doet nader onderzoek indien sprake is van de volgende resultaten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Het percentage onderzochte patiënten is lager dan 60 procent of gelijk aan 100 procent.</li> <li>2 Het opgegeven prevalentiecijfer is hoger dan 9 procent in de onderzochte populatie (p90).</li> <li>3 Het opgegeven prevalentiecijfer is lager dan 2,3 procent in de onderzochte populatie (p10).</li> <li>4 De incidentie van decubitus bij patiënten met een totale heupvervangings is gelijk aan 0 of hoger dan 5,9 procent.</li> </ol>



## BIJLAGE 6: Scores prestatie- indicator pijn na operatie 2007 SLAZ



### 3.7 Pijn na een operatie

**Toelichting IGZ.** Pijnbestrijding is van belang zowel voor het welbevinden van de patiënt als voor het genezingsproces. Het blijkt dat gestandaardiseerde pijnmetingen leiden tot meer inzicht in pijnervaring van patiënten en daardoor tot een effectieve pijnbestrijding. Omdat gestructureerde aandacht voor postoperatieve pijnbestrijding nog relatief nieuw is, is dit niet altijd op alle afdelingen van een ziekenhuis in gelijke mate aanwezig. Zo kan er een verschil zijn in het beleid direct na de operatie als de patiënt nog op de verkoeverkamer is opgenomen, en de latere postoperatieve fase als de patiënt weer op een verpleegafdeling is.

3.7.1 Pijnbeleid bij postoperatieve patiënten	Sint Lucas Andreas Ziekenhuis				landelijk 2006 (beantwoord door 97% van ziekenhuizen)
	2007	2006	2005	2004	beschikt over:
Beschikt uw instelling over ziekenhuisbreed pijnprotocol?	ja	ja	ja	ja	94% ja 6% nee
Beschikt uw instelling over een acute pijnservice?	ja	ja	ja	ja	94% ja 6% nee

**Toelichting SLAZ.** Al een aantal jaren krijgen patiënten postoperatief een medicatie voorschrift mee met pijnstilling volgens het (in het SLAZ geldend pijn)protocol. Alle postoperatieve patiënten krijgen optimale pijnbestrijding volgens protocol. Het effect van de pijnbestrijding wordt gemeten middels de Verbal Analoge Score (VAS).

Een goede pijnbestrijding is bereikt wanneer de gemiddelde score minder dan vier was gedurende de eerste 72 uur na de operatie.

Om de pijnbestrijding goed uit te kunnen voeren zijn onderstaande interventies verricht:

- Introduceren van de Verbal Analoge Score.
- Ontwikkelen van een VAS protocol.
- Herintroduceren van het pijnprotocol, dat al op intranet toegankelijk was gemaakt.
- Ontwikkelen en introduceren van Pijnscore meetlatjes.
- Ontwikkelen en implementeren van Pijnscore lijsten.
- Ontwikkelen en implementeren van een folder voor patiënten.

Na implementatie van het pijnprotocol en het registratiesysteem in januari 2007 was het de bedoeling dat vanaf dat moment bij alle patiënten, minimaal drie keer per dag de pijn wordt gescoord en dat de pijnbestrijding aan de hand van de pijnregistratie wordt afgestemd. Het is de bedoeling dat de patiënt permanent pijnvrij gehouden wordt en hij/zij in principe niet om de pijnstilling hoeft te vragen maar dat de pijnstilling aangeboden wordt. Specifiek pijngeïnteresseerde verpleegkundigen gaan dagelijks langs de patiënten om de speciale pijnbestrijdende technieken te controleren en de afdelingsverpleegkundigen te adviseren. Uit onderzoek blijkt dat patiënten veel beter af zijn als binnen het ziekenhuis een dergelijk team voorhanden is. De patiënt ervaart dit uitermate als patiëntvriendelijk, omdat deze niet zelf hoeft te vragen om pijnstilling en zijn pijnklachten daadwerkelijk wordt behandeld. Zo krijgt de verpleegkundige de zelfstandigheid om onder voorschrift van de arts medicatie te verstrekken en de patiënt waardeert de aandacht die zijn/haar pijn krijgt. De verpleegkundige komt regelmatig scores en overlegt met de patiënt of deze pijnstilling nodig heeft. Er is hierdoor meer aandacht voor de patiënt.

Het is onze wens om deze pijnscore in de toekomst toe te passen bij alle patiënten met pijnklachten van welke aard dan ook. Patiënten lijden soms onnodig pijn, krijgen hun premedicatie niet op tijd, worden geconfronteerd met onvolledige of verschillende medicatieoverzichten, liggen onnodig lang aan een antibiotica infuus enzovoorts. Dit leidt tot veel herstelwerkzaamheden door de zorgverleners, hogere kosten voor de zorg en niet op de laatste plaats tot extra lijden door de patiënt.

In het project medicatieveiligheid wordt gewerkt aan invoering van best practices bij de onderwerpen:

- antibiotica switch (intraveneuze toediening naar orale toediening);
- bloedtransfusie
- en postoperatieve pijnbeheersing.

**Toelichting IGZ.** Pijn na een operatie of andere ziekenhuisbehandeling is voor patiënten niet zo maar vervelend. Als de pijn niet goed wordt aangepakt, kan de genezing veel langer duren dan nodig. Patiënten met veel pijn lopen bovendien risico op een longontsteking. Om te beoordelen hoeveel pijn een patiënt heeft, kan een ziekenhuis pijnmetingen doen. De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) heeft een richtlijn opgesteld waarin adviezen worden gegeven over geschikte pijnmetingen en behandelingen tegen pijn. Ziekenhuizen die gebruik maken van deze pijnmetingen bij mensen die geopereerd zijn, kunnen patiënten veel gericht behandelen.

	Sint Lucas Andreas Ziekenhuis				landelijk 2006
	2007	2006	2005	2004	percentage
Is percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten in het verslagjaar bekend?	ja	ja	ja	ja	
Aantal klinische operatiepatiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verkoever is uitgevoerd	7.931	7.800	7.745	7.798	(beantwoord door 77% van ziekenhuizen)
Totaal aantal klinische OK-patiënten op de verkoever	7.931	7.800	7.745	7.798	
Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen verkoever	100%	100%	100%	100%	65,3% alle patiënten 36,1% deel vd. patiënten
Aantal klinische operatiepatiënten waarbij standaard pijnmeting op verpleegafdeling is uitgevoerd	5.224	2.885	2.530	2.540	(beantwoord door 70% van ziekenhuizen)
Totaal aantal klinische OK-patiënten verpleegafdelingen	6.525	6.412	6.317	6.440	
Percentage systematische pijnmeting verpleegafdeling	80,1%	45,0%	40,1%	39,4%	20,4% alle patiënten 79,6% deel vd. patiënten
<b>Gebruikte databron.</b> Het Landelijke registratiesysteem NRS <sup>[5]</sup> en schatting.					
<b>Exclusie.</b> Kinderen jonger dan 7 jaar en patiënten die in de dagverpleging zijn geopereerd.					

**Toelichting SLAZ.** De controle van patiënten door de APS gaat met name uit naar de patiënten met regionale technieken, speciale catheters of pompen. De controle van de conservatieve pijnbestrijding wordt door de verkoever de eerste uren uitgevoerd en vanwege de door de APS gegeven lessen (aan verpleegkundigen en artsen), wordt nu ook op veel postoperatieve afdelingen gescoord. Van de geopereerde patiënten met een oogheekundige ingreep, verblijft 95% niet op de verkoever en gaat direct door naar de verpleegafdeling; alle overige patiënten verblijven na de ingreep wel op de verkoever. Patiënten met een score >4 verlaten de verkoever niet. Bij de heekunde verpleegafdeling en de IC worden alle patiënten gestandaardiseerde pijnmetingen uitgevoerd in het kader van het project *Sneller Beter 3*.

Het ziekenhuis heeft de volgende kenmerken van een Acute Pijn Service:

- multidisciplinair samenwerken: **ja**
- gebruik systematische pijnscore 1<sup>e</sup> 24 uur postoperatief: **ja**
- gebruik systematische pijnscore na 1e 24 uur postoperatief: **is ontwikkeld in kader van Sneller Beter 3 <sup>[4]</sup>, zichtbaar in rapportage over verslagjaar 2007**
- gebruikte pijnscore <sup>[6]</sup>: VAS: **ja** NRS: **ja**
- sedatiescore (Ramsay <sup>[4]</sup>): **ja**
- aanwezigheid gestandaardiseerde pijnbestrijdingsmethoden: **ja**
- aanwezigheid pijnverpleegkundige: **nee**
- continue scholing alle betrokken disciplines op gebied van postoperatieve pijnbehandeling: **ja**
- patiëntvoorlichting over pijn: **ja**
- 24-uurs beschikbaarheidsdiensten voor pijnbestrijding: **ja (dienst wordt in de avond- en nachturen overgenomen door de dienstdoende anesthesioloog)**
- beschikbaarheid van pijnbestrijding voor alle postoperatieve patiënten in het ziekenhuis: **ja**

<sup>[5]</sup> NRS is de internationale pijn score methode Numeric Rating Scale.

<sup>[6]</sup> Internationale methode voor pijnscore VAS = Visual Analogue Score en NRS = Numeric Rating Scale - zie voor verdere toelichting de lijst definities en toelichtingen (achteraan document).



3.7.3 Percentage patiënten met op enig moment pijnscore boven 7 in 1 <sup>e</sup> 72 uur na operatie		
	SLAZ	landelijk 2006
	2007	
Is het aantal patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie bekend?	ja	Gegevens landelijk nog niet bekend (betreft nieuwe indicator)
Aantal patiënten met op enig moment een pijnscore van >=7 in de eerste 72 uur na een operatie	70	
Aantal patiënten bij wie systematisch een pijnscore is gemeten (ten minste 6 metingen per patiënt in de eerste 72 uur na een operatie)	886	
Percentage patiënten met een acceptabele pijnscore (<7) in 1 <sup>e</sup> 72 uur na OK	92,1%	
<b>Gebruikte databron.</b> Het Landelijke registratiesysteem NRS.		
<b>Exclusies.</b> Operatieve ingrepen in dagverpleging, kinderen jonger dan 7 jaar en patiënten die binnen 72 uur na de operatie al ontslagen zijn uit het ziekenhuis.		

**Toelichting IGZ.** Het percentage patiënten dat in de eerste 72 uur na een operatie op enig moment een ernstige pijnscore aangeeft, is een indicator voor de postoperatieve pijnbestrijding. Omdat dit vooral van belang is bij patiënten met grote operatieve ingrepen, worden operatieve ingrepen in dagbehandeling buiten beschouwing gelaten. Ook wordt onderscheid gemaakt tussen het beleid in de periode direct na de operatie als de patiënt nog op de verkoeverkamer verblijft en de latere postoperatieve periode als de patiënt weer op de verpleegafdeling is opgenomen. Deze indicator wijkt af van de pijnindicator in de voorgaande basissets. Die betrof een gemiddelde pijnscore van 4 of minder in het eerste 72 uur na een operatie. Doordat het om een gemiddelde gaat kunnen hoge pijnscores gecompenseerd worden door lage pijnscores. De nieuwe pijnindicator concentreert zich expliciet op het voorkomen van ernstige pijn op enig moment in de eerste 72 uur na een operatie. Kinderen jonger dan 7 jaar vallen niet onder deze indicator. Pijnmeting dient echter wel uitgevoerd te worden.

**Conclusies & reactie inspectie in 'het resultaat telt 2006'**

**Conclusies**

- 1 Het aantal ziekenhuizen met een acute pijnservice is verder toegenomen.
- 2 Bijna alle ziekenhuizen doen aan PO-pijnmeting. Bijna de helft van de ziekenhuizen is echter nog niet in staat om daarvoor ook analyseerbare cijfers te leveren. De registratie automatisering wordt daarbij als grootste struikelblok genoemd.
- 3 Dit jaar is het duidelijk geworden hoe de indicator geregistreerd wordt. Vrijwel alle gegevens voor deze indicator zijn gebaseerd op schattingen of op een (geëxtrapoleerde) steekproef.

**Reactie inspectie**

De inspectie doet nader onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis heeft geen ziekenhuisbreed pijnprotocol.
- 2 Het ziekenhuis heeft geen acute pijnservice en geen andere wijze om het beleid bij postoperatieve pijn te managen.
- 3 Het ziekenhuis heeft geen beleid ten aanzien van gestandaardiseerde pijnmeting bij alle postoperatieve patiënten.
- 4 Het ziekenhuis geeft aan dat <= 50 procent van de patiënten in de 1<sup>e</sup> 72 uur na de operatie een pijnscore van 4 of lager heeft.
- 5 Het ziekenhuis meldt dat op 1 of meer van de percentages 100 procent van de patiënten zijn gemeten.
- 6 Indien het vermoeden bestaat dat de gegevens zijn gebaseerd op schattingen.
- 7 Indien het ziekenhuis gegevens rapporteert op basis van een (geëxtrapoleerde) steekproef zal worden gevraagd hoe deze steekproef is genomen.

# DECUBITUS AANDACHTSPUNTEN

## Samenvatting DECUBITUS-protocol



### WAAR LET JE OP ?

- MEEST VOORKOMENDE PLAATSEN**

- HET RISICO DAT EEN PATIËNT LOOPT OM DECUBITUS TE KRIJGEN TIJDENS EEN ZIEKENHUISOPNAME**
  - mobiliteit
  - voeding
  - incontinentie
  - medicijnen
  - leeftijd
- VOEDINGSTOESTAND BEPALEN**
  - ongewenst gewichtsverlies (>5% in 1 maand of >10% in een half jaar)
  - verlaagde intake
- IN HET BIJZONDER**
  - draagvlakken van het lichaam; afhankelijk van de lichaamshouding
  - waar een relatief dunne laag tussen bot en huid aanwezig is
- ORZAAK BEPALEN**
  - druk-, schuif- en/of wrijfkrachten

### WAT DOE JE?

- 1 Neem de risicoscorelijst en vul deze in.
- 2 Bepaal n.a.v. de score de te ondernemen acties ten aanzien van preventieve maatregelen.
- 3 Geef informatie/instructie aan de patiënt (folder, mondeling).
- 4 Dagelijks inspectie/palpatie van de huid.

**VERSLAGLEGGING EN EVALUATIE**

- 1 Leg de uitkomst van de risicoscore vast, rapporteer de genomen maatregelen en het effect ervan in het zorgplan.
- 2 Evalueer regelmatig het effect van de maatregelen en wijzig het beleid bij goed, maar ook bij onvoldoende resultaat. Rapporteer dit ook!
- 3 Zorg voor duidelijke schriftelijke overdracht bij overplaatsing van de patiënt.
- 4 Scoor een patiënt wanneer de conditie sterk verbetert of verslechtert, of bed/stoel gebonden raakt.
- 5 Denk ook aan diëtetiek, fysiotherapie en ergotherapie: ook zij kunnen advies geven.

**ER IS OP IEDERE VERPLEEGAFDELING EEN AANDACHTSVELDER DECUBITUS. OVERLEG MET HEM/HAAR WAT JE NOG MEER KUNT DOEN!**

**TOELICHTING BIJ WONDBEHANDELINGSCHEMA (GEBUIKEN IN COMBINATIE MET WONDBEHANDELPLAN SLAZ)**

- Blijf de preventieve maatregelen toepassen.
- Werk volgens hygiënische richtlijnen.
- Overleg bij grote en/of diepe wonden of bij infectieverschijnselen altijd met:
  - de behandelend arts en/of
  - de decubitusverpleegkundige
- Bij onbegrepen koorts, denk aan infectie vanuit de decubituswond.
- Wonden altijd uitspoelen met NaCl 0.9% of douchen met kraanwater (kraan eerst 30 seconden laten lopen).
- Resultaten van de behandeling evalueren, rapporteren en zonodig bijstellen (minimaal 1x per week).

### PREVENTIEVE MAATREGELEN

- **WISSELLIGGING**
  - gebruik z.n. een lateraal spie-kussen of hoefijzerkussen
- **OPHEFFEN DRUK, SCHUIF- EN WRIJFKRACHTEN**
  - hielen vrijleggen d.m.v. kussen
  - badstof sokken
- **AD-HULPMIDDELEN (maken wisselligging niet overbodig)!**
  - eventueel een ander matras
- **TILINSTRUCTIE**
- **AANDACHT VOOR GOEDE HOUDING IN BED MAAR OOK IN DE (ROL)STOEL.**
  - steun geven aan gehele bovenbeen
  - steun geven aan kuit
  - steun geven aan armen
  - groot steunvlak op rug en hoofd

**SCHAKEL DE DECUBITUSVERPLEEGKUNDIGE IN BIJ ONDUIDELIJKHEDEN, SEIN 333.**

LEES DE RICHTLIJN 'DECUBITUS PREVENTIE EN BEHANDELING VAN HET SINT LUCAS ANDREAS ZIEKENHUIS' ER OP NA!

**WAT ZIJN ONJUISTE MAATREGELEN?**


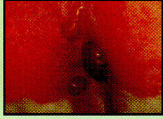
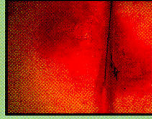
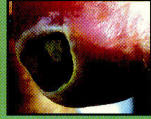
- hielen/ellebogen inpakken
- masseren van huiddelen ter preventie
- weglaten delen van matras
- hielringen/handschoenen gevuld met water
- catheter bij incontinentie

### HET BESTELLEN VAN EEN SYSTEEM VAN HILL-ROM:

- Stel met behulp van de risicoscorelijst een verhoogde kans op decubitus vast.
- Bij decubitus: bepaal wat de decubitusbehandeling moet zijn (in combinatie met wondbehandelplan van het SLAZ).
- Overleg met de aandachtsvelder van de afdeling wat de te nemen acties zijn en waarom.
- Via sein 333 kun je dan het verzoek doen om een Hill-Rom-systeem bestellen.
- Zorg dat je alle gegevens bij de hand hebt.
- Rapporteer alles duidelijk in het zorgplan.
- Evalueer regelmatig (met behulp van de risicoscorelijst) of de indicatie nog actueel is.
- Via de aandachtsvelder of sein 333 kun je het bed afmelden.
- Rapporteer ook dan in het zorgplan wat de beweegredenen van de actie zijn.
- Tijdens de avond- en nachtdienst of in het weekend overleg jemet het dienstdoende hoofd.



# DECUBITUS AANDACHTSPUNTEN

DECUBITUS BEHANDELSHEMA GEBASEERD OP DE ERNST EN HET ASPECT VAN DE WOND VOLGENS WONDBEHANDELPLAN SINT LUCAS ANDREAS ZIEKENHUIS				
WONDBEOORDELINGS-ASPECTEN				
	<b>GRAAD I</b> Locale roodheid en/of cyanose die bij palpatie niet wegdrukbaar is.	<b>GRAAD II</b> Huidlaesie met blaarvorming en/of ontvelling, zonder ondermijning van onderliggend weefsel.	<b>GRAAD III</b> Huidlaesie van opperhuid en lederhuid (ondiepe decubitus).	<b>GRAAD IV</b> Huidlaesie van opperhuid en lederhuid waarbij bot, waarbij bot pees of kapsel kan zijn aangedaan (diepe decubitus).
	Geen extra huidmaatregelen, wel starten of intensiveren van preventieve maatregelen.	<b>Hak, blaardak intact:</b> blaar in laten drogen en vrijleggen hiel, evt. badstof sok.	Bij de wondbehandeling van graad III en IV gelden dezelfde uitgangsnormen. Zodoende kan voor de behandeling van graad IV bij de wondbehandeling van graad III gekeken worden.	
<b>1. Droog wondoppervlak met:</b> Necrose (zwart)  Fibrinebeslag (geel)  Granulatie (rood)		<b>Stuit- en hak-ontvelling:</b> zie wondbehandelprotocol	<b>Hak met necrose:</b> hak ontlasten en vrijleggen alleen dan verwijderen wanneer necrose loslaat of wanneer er tekenen van infectie zijn. <b>Necrectomie:</b> Zie verder wondbehandelprotocol zwarte wond. <b>Hak- en stuitwond met fibrinebeslag:</b> behandelen met hydrogel. Zie wondbehandelprotocol. Zie graad II	Zie graad III   Zie graad III  Zie graad II
<b>2. Matig wondvocht met:</b> Necrose (zwart)  Fibrinebeslag (geel)  Granulatie (rood)		<b>Hak-ontvelling:</b> eenmaal per 2 dagen schuimverband. <b>Stuit-ontvelling:</b> afdekken met vet gaas en folie of een schuimverband indien die langer dan 2 dagen blijft zitten.	<b>Hak met natte necrose:</b> necrectomie verder behandelen met alginaat. Zie verder wondbehandelprotocol. <b>Stuit met natte necrose:</b> zie wondbehandelprotocol.	Zie graad III   Zie graad III
<b>3. Veel wondvocht met:</b> Necrose (zwart) Fibrinebeslag (geel)  Granulatie (rood)		<b>Hak en stuit:</b> vet gaas met folie of schuimverband.	<b>Hak en stuit:</b> zie wondbehandelprotocol. <b>Hak en stuit:</b> zie wondbehandelprotocol gele wond. <b>Hak- en stuit-ontvelling:</b> zie graad II. Schuimverband alleen dan, wanneer het langer dan 3 dagen kan blijven zitten.	Zie graad III  Zie graad III  Zie graad III

## BIJLAGE 8: Protocol pijnbeleid

---

### VERANTWOORDELIJKHEDEN

Voor een goede preventie en behandeling van postoperatieve pijn gelden de volgende richtlijnen:

#### Pre-operatief

- ◇ De anesthesioloog informeert op de pre-operatieve poli de patiënt over de pijnbestrijding tijdens en na de operatie, en over het belang van voldoende pijnstilling in relatie tot het postoperatieve herstel.
- ◇ Tevens schrijft hij slaap- en premedicatie en pre-operatieve pijnstilling voor op de anaesthesiologielijst, en voorziet deze lijst van o.k.-datum, paraaf en datum.
- ◇ Bij het gebruik van specifieke technieken zoals de PCA-pomp of epiduraal geeft hij gedetailleerde informatie over deze techniek.
- ◇ Indien de patient de dag van te voren op de afdeling wordt opgenomen informeert de verpleegkundige de patiënt over de methoden, waarmee de postoperatieve pijn beoordeeld wordt.

#### Operatie dag

- ◇ De verpleegkundige van de verkoeverkamer geeft analgetica zoals voorgeschreven door de anesthesioloog; dit gebeurt op basis van algemene observatie en pijnscore van de patiënt. Pijn in rust, bij bewegen, doorzuchten en hoesten en non-verbale expressie zijn hierbij van belang. Door middel van de Verbal Rating Score of Visual Analogue Score kan de pijn worden geobjectiveerd
- ◇ Bij onvoldoende pijnstilling wordt overlegd met de anesthesioloog. De patiënt mag de verkoeverkamer pas verlaten als hij aangeeft dat de pijn aanvaardbaar is ! ( Score < 4)
- ◇ De verpleegkundige van de verkoeverkamer zorgt voor een goede overdracht van de genomen maatregelen en het effect hiervan naar de verpleegkundige van de afdeling. De verpleegkundige van de afdeling continueert de pijnstilling volgens het voorgeschreven schema (anesthesielijst).
- ◇ De verpleegkundige observeert tijdens de medicijnrondes het verloop van de pijn, de pijnscore en veranderingen in de aard van de pijn en vermeldt dit in de verpleegkundige rapportage en op de daglijst.



Controles van effect en bijwerkingen worden het meest optimaal uitgevoerd indien de hoofdstukken "observatie en evaluatie opiaten" en "observatie en evaluatie epiduraal" worden gehanteerd

#### Postoperatief

- ◇ De afdelingsarts evalueert tijdens de visite samen met de verpleegkundige en de patiënt de effectiviteit van de pijnstilling, en de mogelijke bijwerkingen.
- ◇ De verpleegkundige waarschuwt de afdelingsarts bij niet-aanvaardbare pijn en bij complicaties van de pijnstilling; zo nodig vraagt deze de verpleegkundige van de acute pijnservice voor overleg.

Voor overleg over de postoperatieve pijnstilling is de afdeling anesthesiologie bereikbaar:

- ◇ D.m.v. de pijnverpleegkundige op de afdeling
- ◇ Maandag t.m. vrijdag 08.00 - 17.00 uur ☎ 31330
- ◇ Alle andere tijden en feestdagen ☎ dd anesthesioloog via centrale

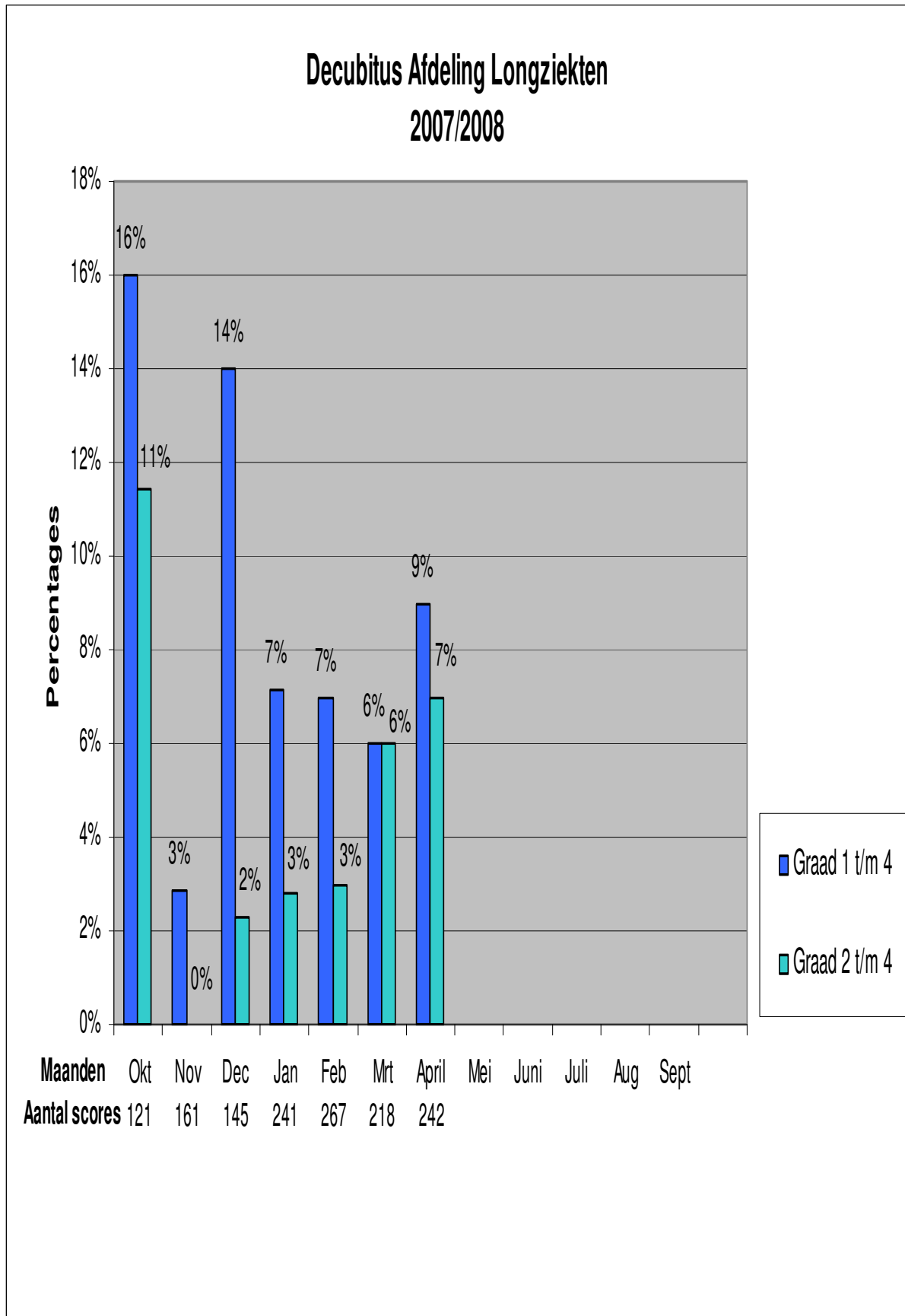
#### Controles door afdeling anesthesiologie

Gecontroleerd worden patiënten met een:

- ◇ Epiduraalcatheter
- ◇ PCA-pomp
- ◇ Morfine pomp

- ◇ Beoordeling vindt tenminste één keer per dag plaats door de pijnverpleegkundige, in het weekend en tijdens feestdagen zijn de dienstdoende anesthesiologen direct voor problemen aanspreekbaar.
- ◇ Beoordeling vindt plaats volgens de criteria van het formulier van de acute pijnservice
- ◇ Bevindingen en veranderingen worden eveneens mondeling doorgegeven aan de anesthesiologen. Zo nodig kan de zaalarts bij dit overleg worden betrokken.

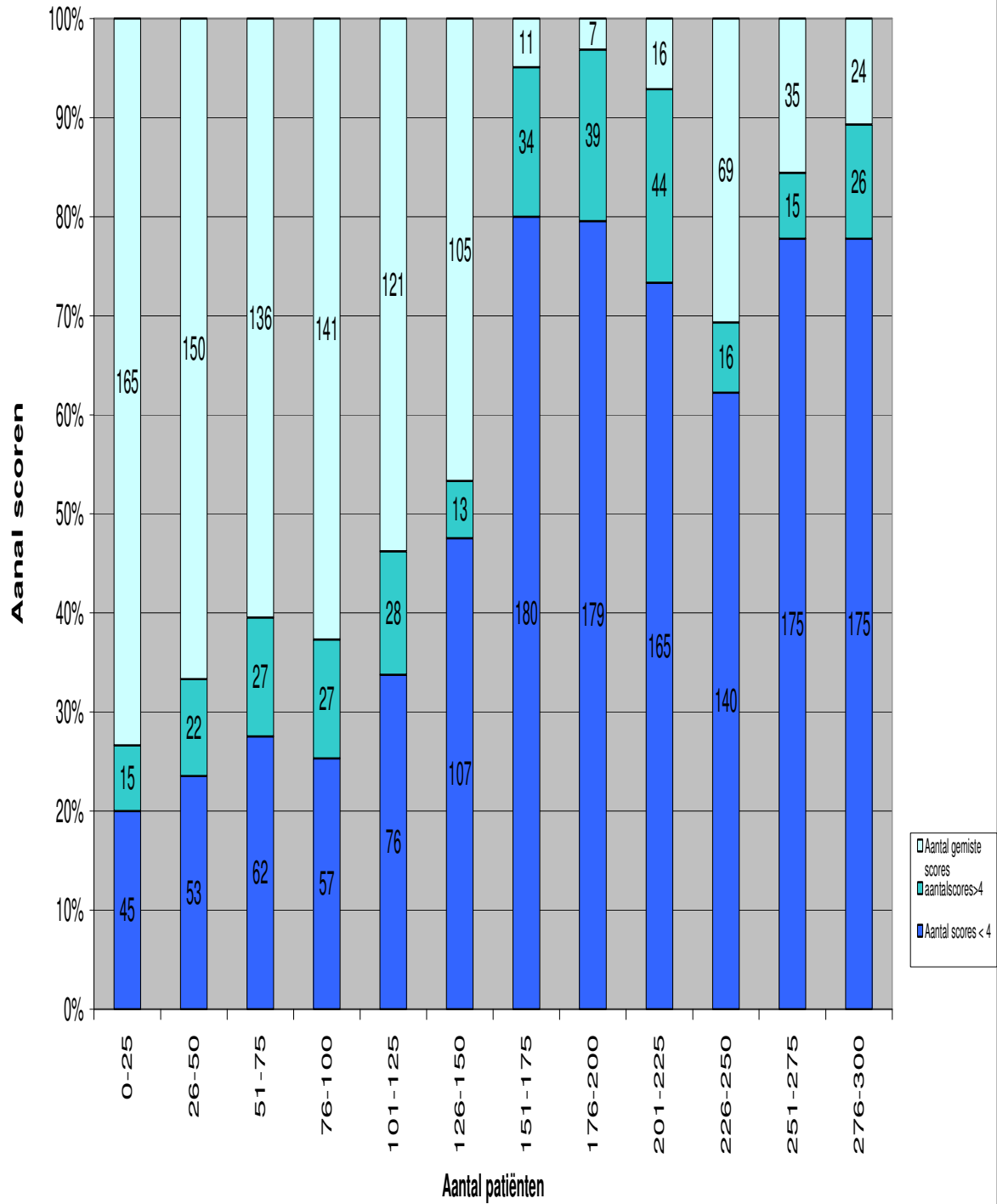
**BIJLAGE 9: Grafische overzichten decubitus en pijn (feedback van projecten)**





## VAS scoren afdeling Heelkunde B4

Aantal mogelijke scoren is 225



# BIJLAGE 10: Registratieformulier Decubitus Sneller Beter 3

Lucas + Andreas Sint Ziekenhuis		Registratieformulier Decubitus Sneller Beter 3		Patiëntnummer Initialen Leeftijd Gewicht	
<b>*1. Risico score. Bij een score <math>\geq 20</math> punten gaat het om een risico patiënt (dan ja invullen). Een patiënt met decubitus is ook een risicopatiënt.</b>		Punten	Punten	Punten	Punten
Leeftijd bij opname	0				
< 50 jaar	6				
50-74 jaar	10				
$\geq 75$ jaar					
Gewicht bij opname:	3				
$\leq 54$ kilo	0				
55-64 kilo	8				
$\geq 65$ kilo					
Afwijkingen aan de huid op druckpunten:	7				
Ja	0				
Nee					
Schulfrachten	7				
Ja	0				
Nee					
Operatie gepland of reeds verricht (ja (datum:.....))	14				
Totale score	0				
<b>Meetmomenten</b>					
Datum meting?		Meting	Meting	Meting	Meting
Risicopatiënt? (ja/nee) *1					
Decubitusgraad? (0, 1, 2, 3, 4) *2					
Vul de decubitusgraad in achter het betreffende lichaamsdeel.	Stuit	Stuit	Stuit	Stuit	Stuit
	Hiel links	Hiel links	Hiel links	Hiel links	Hiel links
	Hiel rechts	Hiel rechts	Hiel rechts	Hiel rechts	Hiel rechts
	Overig:	Overig:	Overig:	Overig:	Overig:
<b>Preventieve maatregelen:</b>					
Omschrijf wat van toepassing is.					
Wisselingschema volledig toegepast?	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee
Preventieve matras	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee
Preventief kussen in stoel	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee
Hielen vrij (zwevend)	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee
Sokken	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee
Diätiste ingeschakeld?	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee
Folder gegeven?	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee
Is patiënt mobiel?	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee
Ingevoerd door secretaresse					

\*2. Uitleg over Decubitus Graden:  
 I: niet wegdrukkbare cyanose of roodheid  
 II: blaasvorming of ontveling  
 III: oppervlakkig wond  
 IV: diepe wond  
 Heeft de patiënt meerdere wonden dan wordt de wond met de hoogste graad genoteerd. Alleen van deze wond met de hoogste graad wordt dan ook de locatie vermeld.

Tip voor het invullen: Wonden genezen niet trapsgewijs, het is onmogelijk om van een graad 3 of 4 terug te gaan naar een graad 2 of 1.  
 Een wond geneest zodanig dat hij graad 3 blijft totdat de wond volledig genezen is, dan wordt het opnieuw weer een graad 0.

## BIJLAGE 11: Formulier VAS registratie pijnscore



### VAS Registratie pijnscore

Ruimte voor ponsplaatje ↑

Afdeling: .....  
 Soort ingreep:.....  
 Datum:.....  
 Tijd terugkomst op afdeling:.....  
 Ontslag datum.....

VAS-score uur	Tijd in uren																									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
10																										
9																										
8																										
7																										
6																										
5																										
4																										
3																										
2																										
1																										
0																										
Paraaf per meting																										

**VAS score invullen met rood op vaste tijden, deze zijn: 8, 14 en 21 uur, tot 72 uur na terugkomst op de afdeling (totaal 9 metingen)**  
 Op meetlatje, cijfer 0-10 aflezen op de achterzijde van het meetlatje

**Ramsay score: invullen met blauw**

1. Rusteloos
2. Coöperatief, georiënteerd, kalm
3. Slapend, maar wakker op rustig aanspreken of lichte aanraking
4. Slapend, maar niet wekbaar m.b.v. rustig aanspreken of lichte aanraking
5. Niet wekbaar

