

# Relatie tussen decubitus als uitkomstmaat en het INK model op een verpleegafdeling in het ziekenhuis en verpleeghuis

Beleid en Management Gezondheidszorg  
Erasmus Universiteit Rotterdam  
Bachelor Scriptie

Esther van der Vaart  
Louise de Colignylaan 279  
3136 NR Vlaardingen  
Studentnummer: 294705

12 juni 2008

Begeleider: Dr. Jeroen Geelhoed  
Meelezer: Drs. Sonja Jerak - Zuiderent

## Voorwoord

In het kader van het afsluiten van de bachelor voor de opleiding Beleid en Management Gezondheidszorg heb ik met veel plezier gewerkt aan het onderzoek 'De relatie tussen decubitus als uitkomstmaat en het INK model op een verpleegafdeling in het ziekenhuis en verpleeghuis'. Dit onderzoek had niet plaats kunnen vinden zonder de bijdrage van een aantal mensen. Hen wil ik hiervoor bedanken.

Allereerst wil ik de medewerkers van het Vlietland ziekenhuis in Schiedam en de medewerkers in het verpleeghuis DrieMaasStede in Schiedam bedanken voor hun interesse en medewerking aan dit onderzoek.

Ook wil ik mijn begeleider, Jeroen Geelhoed, bedanken voor zijn hulp, tijd en advies tijdens het uitvoeren van dit onderzoek. En ik wil mijn meelezer Sonja Jerak –Zuiderent bedanken dat zij mijn meelezer in dit onderzoek wilde zijn.

Tot slot wil ik Karin Ruiten bedanken voor haar enthousiasme, aanmoedigen en het nalezen van stukken.

Esther van der Vaart

Juni 2008

## **Samenvatting**

In dit onderzoek is de relatie onderzocht tussen het INK management model en de uitkomstmaat decubitus op verpleegafdelingen in het ziekenhuis en verpleeghuis. Uitkomstmaten worden steeds belangrijker voor zowel intern gebruik als externe verantwoording aan onder andere de inspectie. Prestatie indicatoren, die veelal uitkomstmaten bevatten spelen een steeds grotere rol binnen de instellingen. Om goed op uitkomsten te kunnen sturen kan er gebruik worden gemaakt van management modellen die zorgen voor structuur. Één van deze modellen is het INK management model dat bestaat uit tien aandachtsgebieden, waaronder 'leren en verbeteren'.

Om een beeld te kunnen schetsen welke relatie er bestaat tussen uitkomstmaten en het INK model onderdeel 'leren en verbeteren' is dit onderzoek beschrijvend van aard. Hierbij is de kwalitatieve onderzoeksmethode gebruikt. Na literatuuronderzoek zijn 11 interviews gehouden om de opvattingen en meningen van de respondenten te achterhalen en in het perspectief van dit onderzoek te plaatsen. De interviews zijn gehouden met verschillende disciplines uit het verpleeg- en reactiveringscentrum DrieMaasStede en het Vlietland Ziekenhuis.

Uit dit onderzoek blijkt dat uitkomstmaten als belangrijk worden ervaren door werknemers binnen de instellingen, omdat dit gedeeltelijk de kwaliteit van zorg weerspiegelt. Uitkomsten spelen een steeds grotere rol nu in de instellingen gebruik wordt gemaakt van prestatie indicatoren. Door middel van deze prestatie indicatoren vindt er sturing van de zorg plaats via de uitkomsten.

Management modellen leven nog niet echt op de werkvloer, maar dit zou wel ingevoerd kunnen worden om efficiëntere zorg te beogen. Het INK model blijkt te breed en ingewikkeld te zijn om mee aan de slag te gaan in de lagen onder het management. Een goed model om mee te werken zou dan de PDCA cyclus zijn. Op deze manier wordt er concreet op een probleem ingegaan en is er houvast voor de verpleging door vaste check momenten en verbeterpunten.

## Summary

In this study I have investigated the relation between the INK management model and the outcome measure decubitus at nursing departments in the hospital and nursing home. Outcome measures are increasingly important for both intern use and external justification to for example the Inspection.

Performance indicators, most of the time outcome measures are becoming much more important within institutions.

Management models which provide structure may be used to adapt to the outcomes. One of the management models is the INK management model which contain ten areas of special attention, among which 'leren en verbeteren'.

To come to an understanding of which relation exists between the INK management model part 'leren en verbeteren' and outcome measures this study is of descriptive nature. The qualitative research method has been used. After literature investigation there have been eleven interviews to gather the opinions respondents.

The interviews were held with different disciplines of the 'Verpleeg en reactiveringscentrum DrieMaasStede' and 'Vlietland Ziekenhuis'.

This investigation presents that employees within the institutions find the outcome measures important, because this partly reflects the quality of health care.

Outcome measures become more and more important now that institutions use performance indicators. Through these performance indicators the outcomes provide guidance of the health care.

Management models are not well known and used in the working field, but it should be introduced, because these provide more efficient health care. The INK model appears to be too broad and too complicated to work with at the nursing departments. A good model to work with would be the Plan Do Check Act cycle. This way the problem is treated explicitly and there is some security for the nurses by regular checks and the pointing out of things that ought to be improved.

## **Inhoudsopgave**

<b>Voorwoord</b>	1
<b>Samenvatting</b>	2
<b>Summary</b>	3
<b>Hoofdstuk 1 Inleiding</b>	6
1.1 Doel van het onderzoek	6
1.2 Vraagstelling	6
1.3 Conceptueel model	7
1.4 Relevantie	8
<b>Hoofdstuk 2 Onderzoeksopzet</b>	10
2.1 Onderzoekslocatie	10
2.2 Methoden van onderzoek	10
2.2.1. Kwalitatief onderzoek	10
2.2.2. Onderzoekspopulatie	10
2.2.3. Dataverzameling	11
2.3 Triangulatie	12
2.3.1 Betrouwbaarheid	12
2.3.2 Validiteit	13
2.4 Conclusie	13
<b>Hoofdstuk 3 Theoretisch kader</b>	14
3.1 Uitkomstindicatoren en –management	14
3.2 Decubitus	20
3.3 INK model	21
<b>Hoofdstuk 4 Onderzoeksresultaten</b>	24
4.1 Verloop van het onderzoek	24
4.2 Beantwoording deelvragen ziekenhuis	24
4.2.1. Deelvraag 1	25
4.2.2. Deelvraag 2	29
4.2.3. Deelvraag 3	35

4.2.4. Deelvraag 4	40
4.3 Beantwoording deelvragen verpleeghuis	46
4.3.1. Deelvraag 1	46
4.3.2. Deelvraag 2	48
4.3.3. Deelvraag 3	51
4.3.4. Deelvraag 4	54
<b>Hoofdstuk 5 Conclusie en discussie</b>	<b>57</b>
5.1 Discussie	57
5.1.1. Betrouwbaarheid	57
5.1.2. Validiteit	58
5.2 Deelconclusies	58
5.3 Conclusie	63
<b>Hoofdstuk 6 Aanbevelingen</b>	<b>65</b>
<b>Literatuurlijst</b>	<b>66</b>
<b>Bijlage I Vragenlijsten</b>	<b>69</b>

## **Inleiding**

In Nederland is in de loop der tijd de aandachtsgeest verschoven van procesgeoriënteerd werken naar uitkomstgeoriënteerd werken. In de gezondheidszorg wordt dan gesproken van uitkomstenmanagement, omdat het vooral betrekking heeft op zorguitkomsten (Walburg 2003).

Ook wordt uitkomstenmanagement steeds belangrijker in de gezondheidszorg met het oog op de toenemende concurrentie tussen onder andere ziekenhuizen. Het wordt voor hen steeds belangrijker om te laten zien wat de kwaliteit van zorg is. Ook worden ziekenhuizen onderling en verpleeghuizen onderling steeds meer vergeleken. Uitkomstmaten zeggen iets over de kwaliteit van zorg van een zorginstelling. Een geschikte uitkomstmaat om kwaliteit van zorg aan te tonen is decubitus. In zorginstellingen wordt steeds vaker gewerkt met managementmodellen, omdat deze instrumenten kwaliteit van zorg kunnen bewaken en de organisatie kunnen sturen. Één van deze modellen is het INK model (Schellekens 2001). Decubitus veroorzaakt een toename van het aantal ligdagen en daarom wordt er gekeken wat voor invloed het INK model kan hebben op deze uitkomstmaat.

### **1.1 Doel van het onderzoek**

In dit onderzoek wordt getracht de relatie te beschrijven tussen de uitkomstmaat decubitus zoals deze wordt gebruikt op verpleegafdelingen in verpleeghuizen en ziekenhuizen in Nederland en het gebruik van het INK management model, en dan voornamelijk gericht op het onderdeel leren en verbeteren in dit model. Aan de hand van dit onderzoek zal worden gekeken wat voor relatie er hier is en of de cyclus een bijdrage levert aan het nemen van decubitus als uitkomstmaat op welke manier dan ook. Ook wordt gekeken of het mogelijk is om beter op uitkomsten te sturen bij het gebruik van een managementmodel.

### **1.2 Vraagstelling**

De probleemstelling van dit onderzoek luidt:

*Wat voor bijdrage kan het INK model leveren aan het nemen van decubitus als uitkomstmaat op verpleegafdelingen in het ziekenhuis en op verpleegafdelingen in het verpleeghuis?*

De hieruit voortvloeiende deelvragen zijn de volgende:

- *Wat is decubitus en hoe wordt dit gebruikt als uitkomstmaat?*
- *Op welke manier kan het INK model in een ziekenhuis worden gebruikt en hoe moet deze worden toegepast bij uitkomstenmanagement?*

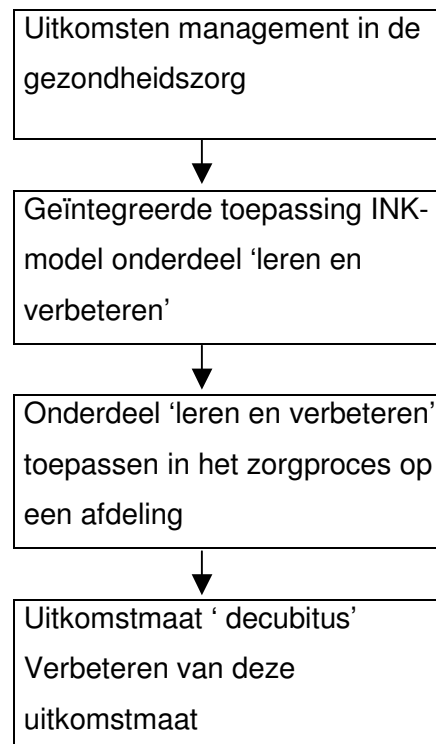
- *Wat levert het nemen van een uitkomstmaat, vooral decubitus, een ziekenhuis en verpleeghuis op?*
- *Welke opvatting bestaat er onder medewerkers in het ziekenhuis en verpleeghuis over het gebruik van het INK model?*

### **1.3 Conceptueel model**

Een geïntegreerde toepassing van uitkomstenmanagement via een kwaliteitsinstrument leidt tot de meeste kwaliteitsverbetering. Het INK model is een model dat hiervoor geschikt is (Grol 2001). Het INK model bestaat uit negen aandachtsgebieden. Dit onderzoek richt zich voornamelijk op het onderdeel 'leren en verbeteren' dat de gehele breedte van het model dekt. 'Leren en verbeteren' moet worden toegepast op afdelingen in het zorgproces, zoals afdelingen in het ziekenhuis en verpleeghuis. Als klinische uitkomstmaat is 'decubitus' in dit onderzoek gekozen. Decubitus komt steeds vaker voor, waardoor op dit gebied dan ook grote winst geboekt kan worden.

Het gebruik van een kwaliteitsinstrument is zinvol wanneer de impact van het model zichtbaar wordt in de resultaten van zorg voor zowel de behandelaar als de patiënt. Uitkomstgericht werken en denken is er namelijk op gericht de effectiviteit van de instelling te verbeteren en de prestaties en de kwaliteit van zorg te verhogen (Russel 1998).

De hierboven beschreven relaties zijn weergegeven in een conceptueel model.





## **1.4 Relevantie**

Beleidsonderzoek kent verschillende soorten relevantie. Hieronder worden de vier soorten uitgelegd en erna besproken met betrekking tot dit onderzoek.

- Maatschappelijk relevantie: er wordt gekeken naar het nut van het onderzoek voor de maatschappij.
- Wetenschappelijke relevantie: wat is de bijdrage van het onderzoek aan de al bestaande inzichten.
- Beleidsmatige relevantie: er wordt gekeken wat het nut van het onderzoek is voor een bepaald beleidsprobleem.
- Persoonlijke relevantie: wat is de bijdrage van het onderzoek in relatie tot de eigen interesse.

### Maatschappelijke relevantie

De maatschappelijke relevantie in dit onderzoek is dat door decubitus mensen infecties kunnen oplopen op de plekken waar de doorligwonden zijn ontstaan. Mensen kunnen doordat zij decubitus hebben opgelopen langer in het ziekenhuis liggen. Ook gebeurt het dat mensen door decubitus uiteindelijk ledematen moeten laten amputeren door de ernst van de wond. Doordat mensen decubitus oplopen kan dit het herstel en de terugkeer in de maatschappij vertragen.

Wanneer er wordt gekeken of het INK model een bijdrage kan leveren aan de uitkomstmaat decubitus, kan er beter op doorligwonden worden gelet of kunnen deze worden voorkomen. Hierdoor hebben mensen minder last van decubitus en is de maatschappij minder geld hieraan kwijt. Dit geld kan vervolgens weer in andere projecten in ziekenhuizen worden gestoken.

### Wetenschappelijke relevantie

Het onderzoek draagt bij in de al bestaande inzichten over gebruik van INK modellen in ziekenhuizen. Ook kan dit onderzoek van belang zijn bij soortgelijke onderzoeken naar uitkomstenmanagement in de toekomst. De relatie tussen uitkomstenmanagement, en in dit geval decubitus, en het INK model is nog niet uitgebreid onderzocht. Decubitus komt nog steeds voor in ziekenhuizen en andere zorginstellingen en moet naar beneden worden gebracht om zo de kwaliteit van zorg voor patiënten te verbeteren. Nu de transparantie van zorg steeds meer zijn intrede doet, is het belangrijk dat ziekenhuizen het percentage decubitusgevallen laag houden en zo tevens de kwaliteit van zorg verbeteren.

### Beleidsmatige relevantie

Het beleidsprobleem in dit onderzoek is dat ziekenhuizen decubitus moeten doen dalen, bijvoorbeeld aan de hand van het gebruik van managementmodellen, zoals het INK model. Doordat mensen decubitus ontwikkelen in ziekenhuizen zullen zij langer uit de maatschappij zijn, waardoor op dat moment deze mensen niet kunnen werken of andere bijdragen kunnen leveren. Uit onderzoek van het RIVM blijkt dit ook. Uit hun onderzoek komt naar voren dat wanneer men decubitus oploopt de verpleegduur ook toeneemt (RIVM 2007). Ook kost een verpleegdag in een ziekenhuis veel geld, waardoor de kosten van de zorg omhoog gaan. Wanneer decubitus daalt, zal het aantal verpleegdagen dalen en de kosten afnemen. Het is dus belangrijk dat er een beleid wordt ontwikkeld waardoor decubitus beter in de gaten kan worden gehouden als uitkomstmaat en kan dalen.

### Persoonlijke relevantie

Het betreft een vraagstuk op het gebied van de studie Beleid en Management Gezondheidszorg, omdat het gaat over de vraag of het INK model een bijdrage kan leveren aan de uitkomstmaat decubitus. Het beleidsmatige, maar toch ook medische aspect in dit vraagstuk spreekt mij zeer aan en sluit ook goed aan bij de opleiding.

## **2. Onderzoeksopzet**

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksopzet besproken. In de eerste paragraaf wordt ingegaan op de onderzoekslocatie. In de tweede paragraaf komen de methoden van onderzoek naar voren, hierbij zal aandacht worden besteed aan kwalitatief onderzoek, de onderzoekspopulatie en de manieren van dataverzameling. Tenslotte zal in paragraaf drie de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek worden besproken.

### ***2.1 Onderzoekslocatie***

Het onderzoek vindt plaats in het Vlietland Ziekenhuis. Dit ziekenhuis heeft twee locaties, te weten een locatie in Vlaardingen en Schiedam. Samen vormen deze locaties één geheel, dit ziekenhuis deelt dus onder andere een management. Het verpleeghuis in dit onderzoek is verpleeg- en reactiveringcentrum DrieMaasStede te Schiedam, dat onderdeel uitmaakt van de organisatie Argos Zorggroep.

In het Vlietland ziekenhuis hebben interviews plaatsgevonden met werknemers van de verpleegafdelingen Cardiologie, Orthopedie, het beleidsbureau en met de wondspecialist werkzaam in het gehele ziekenhuis. In verpleeghuis DrieMaasStede op de afdelingen 'Vuurtorenstraat', 'Havenstraat', 'Visbank' en decubituspecialist van de 'Vuurtorenstraat'.

### ***2.2 Methoden van onderzoek***

#### ***2.2.1 Kwalitatief onderzoek***

Dit praktijkgerichte onderzoek is kwalitatief van aard. Kwalitatief onderzoek typeert zich door de manier van informatie verzamelen, het soort analyse, de onderzoeksopzet, het onderwerp van onderzoek en de rol van de onderzoeker. De keuze voor kwalitatief onderzoek komt voort uit de flexibiliteit die nodig is om in te spelen op de onderzoekssituatie (Maso & Smaling 1998). Dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek, omdat het een case study is en er is sprake van een openvraag stelling (Creswell 2003).

In dit onderzoek wordt gezocht naar de relatie tussen het INK management model, onderdeel 'leren en verbeteren' en de uitkomstmaat decubitus op verpleegafdelingen in het ziekenhuis en verpleeghuis. De wijze van informatieverzameling is open en flexibel.

#### ***2.2.2. Onderzoekspopulatie***

Het onderzoek zal plaatsvinden op verschillende verpleegafdelingen in het Vlietland Ziekenhuis en verpleeghuis DrieMaasStede. In het Vlietland Ziekenhuis: cardiologie, orthopedie (afdelingshoofd is tevens hoofd van de afdelingen, longgeneeskunde, interne geneeskunde en nefrologie) en een wondspecialist werkzaam in het gehele ziekenhuis en een beleidsmedewerker werkzaam in het gehele ziekenhuis. In DrieMaasStede:

verpleegafdeling (psychogeriatrische patiënten) 'Vuurtorenstraat', teamleider van de afdeling 'Visbank', clustermanager, manager van de afdelingen 'Havenstraat', 'Parkstraat', 'Kerkstraat' en de dagbehandeling.

Het onderzoek richt zich op de volgende groepen in de twee organisaties:

- Verpleegkundigen
- Teamleiders
- Wond/decubitus specialisten
- Beleidsmedewerkers

In tabel 1 is te zien welke personen in de organisatie zijn geïnterviewd voor het onderzoek.

Tabel 1. Geïnterviewden Vlietland Ziekenhuis en Verpleeghuis DrieMaasStede

	Vlietland Ziekenhuis	Verpleeghuis DrieMaasStede
Verpleegkundige/verzorgende	2	2
Teamleider/clustermanager	2	2
Beleidsmedewerker	1	-
Wond/decubituspecialist	1	1*
<b>Totaal</b>	<b>6</b>	<b>5</b>

\* Decubitusverpleegkundige tevens geïnterviewde verpleegkundige.

De geïnterviewden zijn geselecteerd door contacten die werden gelegd in zowel het ziekenhuis als verpleeghuis en door interesse/desinteresse van medewerkers.

In totaal zijn er in het Vlietland Ziekenhuis 6 interviews gehouden en in verpleeghuis DrieMaasStede 5 interviews.

De vragenlijsten zijn voorgelegd aan de scriptiebegeleider voor eventuele toevoegingen.

### 2.2.3 Dataverzameling

In dit onderzoek wordt gekeken naar de relatie tussen 'leren en verbeteren' uit het INK management model en de uitkomstmaat decubitus. Om hiertoe te komen wordt gebruik gemaakt van interviews, het bestuderen van documenten uit Vlietland ziekenhuis en Verpleeghuis DrieMaasStede en literatuuronderzoek.

Om tot de resultaten te komen zal de volgende cyclus worden gehandhaafd. Eerst is er naar relevante literatuur gezocht en vastgelegd in het theoretisch kader. Vervolgens zijn er interviews gepland met mensen in de twee organisaties, waaronder verpleegkundigen, teamleiders/clustermanagers, beleidsmedewerker en wondspecialisten. De informatie uit deze interviews is verwerkt in het resultaten hoofdstuk waarna er een conclusie wordt getrokken.

## **2.3 Triangulatie**

Om geldigheid en betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten te vergroten wordt triangulatie toegepast. Triangulatie houdt in dat vanuit verschillende gezichtspunten hetzelfde object wordt bestudeerd. Om tot een antwoord op een vraag te komen wordt meer dan één benadering gebruikt. Er bestaan verschillende invalshoeken om triangulatie toe te passen.

Ten eerste theorie, wat verschillende theoretische perspectieven inhoudt. Ten tweede perspectief, door meerdere interviews te houden. Ten derde methode, door verschillende onderzoeksmethoden. En ten vierde bron, door verschillende disciplines te gebruiken.

De geldigheid wordt gecontroleerd en geborgd door de onderzoeksresultaten naast elkaar te leggen. Zo ontstaat een breder beeld van het veld wat de validiteit bevordert en de metingen worden gecontroleerd op herhaalbaarheid wat de betrouwbaarheid ten goede komt ('t Hart 1996).

In dit onderzoek wordt triangulatie toegepast op perspectief, bron en methode.

### **2.3.1 Betrouwbaarheid**

Betrouwbaarheid en validiteit zijn in elk onderzoek belangrijke aandachtspunten (Baarda & De Goede 2001). De betrouwbaarheid van een onderzoek hangt af van de mate waarin een onderzoek vrij is van onsystematische vertekeningen. De uitspraken die in het onderzoek worden gedaan mogen geen toeval zijn. Bij de betrouwbaarheid gaat het om de mate waarin het instrument, wanneer het meerdere malen op dezelfde persoon of groepen wordt toegepast tot dezelfde uitslagen leidt. Dit wordt reproduceerbaarheid van het instrument genoemd. Dit houdt in dat concepten die gemeten dienen te worden steeds zorgvuldig moeten worden gedefinieerd. In kwalitatief onderzoek is het vaak onmogelijk, in tegenstelling tot kwantitatief onderzoek, om feitelijke herhaling van het onderzoek tot stand te brengen, of delen ervan. Maar wanneer het onderzoek of delen ervan in principe precies zo kunnen worden herhaald als de werkelijkheid zelf niet was veranderd, wordt er van virtuele herhaalbaarheid gesproken (Maso & Smaling 1998).

In dit onderzoek wordt de betrouwbaarheid vergroot door gebruik te maken van verschillende onderzoeksinstrumenten en -methodes. Er wordt gebruik gemaakt van interviews, literatuuronderzoek en documenten. Ook wordt het aantal geïnterviewden zo gekozen, zowel qua hoeveelheid als diversiteit, dat eventuele toevallige fouten geen invloed hebben op de uitkomsten van het onderzoek.

Om de betrouwbaarheid verder te vergroten zijn 'member checks' uitgevoerd. Dit houdt in dat na de interviews, de uitgetypte versie met conclusie is teruggekoppeld naar de

respondenten om na te gaan of de juiste conclusies zijn getrokken en juiste citaten zijn weergegeven (Wester 1995).

### **2.3.2 Validiteit**

De validiteit geeft de mate aan waarin een onderzoek vrij is van systematische fouten en het dus in werkelijkheid meet wat het beoogt te meten. Hoe beter de meetgegevens de werkelijkheid weerspiegelen, hoe hoger de validiteit van het onderzoek is (Maso & Smaling 1998). Resultaten van een onderzoek moeten een goede weergave zijn van de gebeurtenissen in het veld. In dit onderzoek worden verschillende partijen in de twee instellingen geïnterviewd, waardoor een vollediger beeld van de werkelijkheid ontstaat, de bron. Er is in meer dan 3 disciplines geïnterviewd, verpleegkundigen, teamleider/clustermanager, wondspecialisten en beleidsmedewerkers.

### **2.4 Conclusie**

In dit hoofdstuk zijn de wijze waarop het onderzoek is opgezet en zal plaatsvinden en de keuzes die daarbij zijn gemaakt, uiteengezet. Het onderzoek is te kwalificeren als kwalitatief onderzoek. Door middel van triangulatie en member checks is getracht een zo goed mogelijke betrouwbaarheid en validiteit te verkrijgen in dit onderzoek. In het volgende hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek besproken.

### 3. Theoretisch kader

#### 3.1 *Uitkomstindicatoren en -management*

In de gezondheidszorg bestaat een belangrijk onderscheid met betrekking tot de bewaking en verbetering van de kwaliteit van zorg. Dit onderscheid betreft de indeling van kwaliteit van zorg in de volgende drie niveaus:

- **Structuur:** in structuurkenmerken van de gezondheidszorg liggen mogelijke voorwaarden voor een goede kwaliteit van zorgverlening besloten. Voorbeelden van structuur zijn het type instelling, de hoeveelheid personeel en beschikbare financiële middelen.
- **Proces:** dit is eigenlijk de weg die een patiënt aflegt in een bepaalde instelling. Dit betreft dan het moment van diagnose tot het einde van de behandeling. Voorbeelden van proces zijn de wachttijd, het aantal operatieve ingrepen, het aantal verpleegdagen en het aantal tests.
- **Uitkomst:** de uiteindelijke tot stand gekomen verandering in de toestand van een patiënt die aan de interventie kan worden toegeschreven.

Doordat er in de gezondheidszorg steeds meer gestreefd wordt naar kwaliteitsverbetering heeft dit als gevolg dat er steeds meer vraag is naar prestaties en uitkomsten. Er is een constante prikkel aanwezig, zowel van patiënten als van verzekeraars, om steeds betere prestaties af te leveren. De overheid krijgt een steeds meer toeziende rol op de kwaliteit van zorg. Het inzichtelijk maken van uitkomsten voor zowel intern als extern gebruik is een manier om zorgverleners en organisaties te prikkelen voldoende kwaliteit te leveren die aan de gestelde kwaliteitseisen voldoet. Tot op heden is er nog weinig invulling gegeven aan uitkomstgerichte kwaliteitssystemen, maar uitkomstenmanagement lijkt hieraan tegemoet te doen.

In Nederland is in de loop der tijd de aandachtsgesest verschoven van procesgeoriënteerd werken naar uitkomstgeoriënteerd werken. In de gezondheidszorg wordt gesproken van uitkomstenmanagement omdat het vooral betrekking heeft op zorguitkomsten (Walburg 2003). In wetenschappelijke literatuur op het gebied van kwaliteitsbewaking is inmiddels een veelheid aan mogelijke uitkomstmaten voorgesteld. Deze zijn globaal onder te verdelen in drie hoofdgroepen, namelijk sterfte, klinische parameters en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Decubitus valt onder klinische parameters (Treurniet et al 1996).

Het is gebruikelijk om vijf voor kwaliteitsbewaking aan te dragen, namelijk sterfte, ziekte, beperkingen, ongemak en ontevredenheid. Voor kwaliteitsbewaking zijn gezondheidsmaten interessant waarvan bekend is dat ze door medisch handelen te

beïnvloeden zijn. Registraties van decubitus zijn van belang hierbij, aangezien deze registraties gebruikt kunnen worden als bron voor uitkomstindicatoren (Treurniet 1999). Decubitus is een medische uitkomstmaat, waardoor deze binnen de gewenste categorieën valt.

Met uitkomstenmanagement wordt het voortdurend verbeteren van zorguitkomsten van de beste mogelijke zorgprocessen met het efficiëntste gebruik van hulpbronnen bedoeld (Walburg 2003). Één element van uitkomstenmanagement zijn de uitkomsten, zoals hierboven al genoemd. Uitkomsten zijn de kenmerken van patiënten die veranderbaar zijn als gevolg van een behandeling.

Uitkomstenmanagement is dus te zien als kwaliteitsmanagement  
Waarom klinische uitkomsten bij uitkomstenmanagement? Dit is een vaak gestelde vraag. Interessant is om na te gaan welke klinische uitkomsten gerealiseerd kunnen worden en of bepaalde procedures leiden tot verbetering van de uitkomsten. Verschillen in uitkomsten kunnen samenhangen met het vroeg in de ontwikkeling van de ziekte ingrijpen, beter informeren en verwijzen, betrokkenheid van de patiënt, betrokkenheid van de familie in de behandeling, training van medische professionals, enzovoorts.

Het nemen van uitkomstmaten kent vele voordelen. Één daarvan is dat de nadruk op uitkomstmaten dogmatisch handelen ontmoedigt en dat de zorgverlener meer vrijheid heeft in de manier waarop hij een bepaald resultaat wil bereiken. De aandacht verschuift nu van het proces naar de uitkomst, waar de zorg uiteindelijk op gericht is. Het richten op uitkomsten kan eventueel ook bijdragen aan een efficiëntere zorg. Ook is het zo dat de bijdrage van de verschillende zorgverleners en zorgprocessen hierin wordt weerspiegeld (Treurniet 1999, Donabedian 1980).

Het monitoren van klinische uitkomsten geeft bovendien zowel professionals als patiënten inzicht in vooruitgang (Lemmens et al 2004). Er zijn dan ook belangrijke redenen, naast de eerder genoemde voordelen, voor het meten van klinische uitkomsten:

- Het monitoren en tijdig bijsturen van de behandeling.
- Informeren van patiënten over de vorderingen bij de behandeling.
- Verbeteren van het behandelproces op basis van uitkomsten.
- Verbeteren van de professionele kennis over de behandeling waarbij uitkomsten geaggregeerd worden over meer teams (Walburg 2003).

Uitkomstenmanagement vormt een brug tussen de theorie over organisaties en de praktijk van de gezondheidszorg en kan worden gezien als een vorm van kwaliteitsmanagement. Het gaat namelijk om de continue verbetering van prestaties in de betreffende organisatie (Walburg 2003).



Uitkomstenmanagement gaat uit van de veronderstelling dat de geïsoleerde toepassing van kwaliteitsinstrumenten in de gezondheidszorg niet leidt tot belangrijke kwaliteitsverbetering. Grol (2001) zegt dat vanuit de literatuur blijkt dat een geïntegreerde toepassing van kwaliteitsinstrumenten, waaronder het INK model, leidt tot de meeste kwaliteitsverbetering. Het gebruik van een kwaliteitsinstrument is zinvol wanneer de impact van het model zichtbaar wordt in de resultaten van zorg voor zowel de behandelaar als de patiënt. Uitkomstgericht werken en denken is namelijk gericht en gebaseerd op het verbeteren van de effectiviteit van de instelling en de prestaties en het verhogen van de kwaliteit van zorg (Russel 1998). Het instrument moet dan als onderdeel van de organisatie worden gezien, wat het geïntegreerde beoogd, en op uitkomsten worden toegepast. Dit komt ook naar voren in Walburg (2003), de auteur noemt dat het ten eerste is gebaseerd op de geïntegreerde toepassing van kwaliteitsinstrumenten en ten tweede sterk en consequent gericht moet zijn op het verbeteren van zorgresultaten (Walburg 2003).

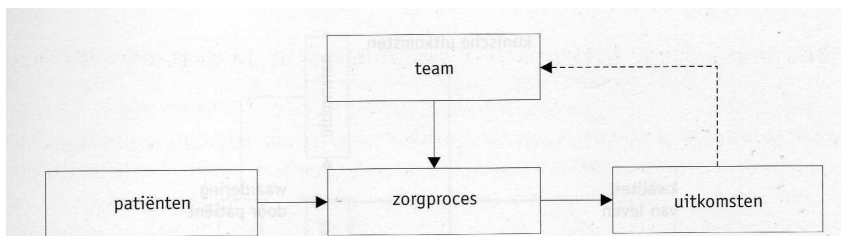
Uitkomstenmanagement moet aangepakt worden vanaf de bodem van de organisatie, ook wel de werkvloer genoemd, naar de top van de organisatie, het management. Het moet gecombineerd worden met de traditionele kwaliteitssystemen die top-down bewegen. Het model is bedoeld voor de manier waarop een organisatie zijn werk zodanig kan organiseren, dat de kans op leren van uitkomsten en verbeteren groot is. Dit is ook een onderdeel van het INK- model wat in paragraaf 3.3 nader wordt besproken. Het doel is behandelaren voorzien van informatie over de uitkomsten van zorg van de door hen uitgevoerde zorgprocessen. Performance-measurement, de meting van prestaties, zal dan moeten leiden tot performance-management, de prestatiebesturing. Performance-management bestaat uit twee belangrijke onderdelen, te weten het beoordelen van de meetresultaten en het vertalen van de beoordeling hiervan in verbeteracties (Schellekens 2002). Met de consequente toepassing van de principes van uitkomstenmanagement kan binnen een instelling, een afdeling, een team zich ontwikkelen met een continue focus op de verbetering van resultaten.

In Walburg (2003) worden deze principes van uitkomstenmanagement gegeven. Hieronder worden puntsgewijs de bouwstenen weergegeven.

- Ontwikkeling van een missie, een visie en strategische doelen in samenspraak met de betrokkenen van een organisatie.
- Vertaling van de strategische doelen van de organisatie in concrete doelen.
- Het samenstellen van teams binnen de organisatie en ontwikkelen van teamkwaliteiten.
- Gebruik maken van evidence based richtlijnen, protocollen etc. bij de invoering van zorgprocessen.

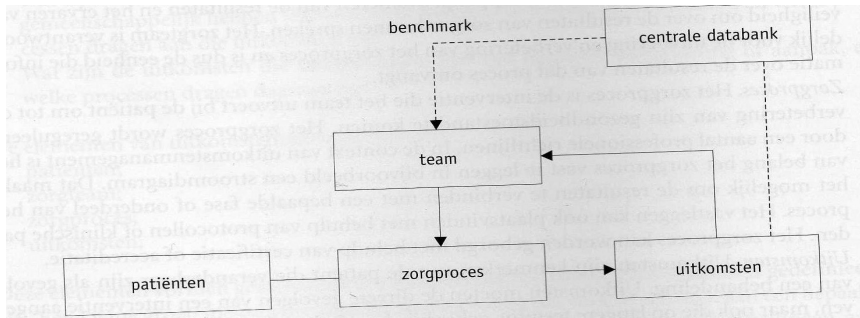
- Het vaststellen van indicatoren die de voortgang van de doelen volgen: klinische of medische resultaten, samenhang met een specifieke diagnose, kwaliteit van leven, waardering van patiënten en kosten.
- Het analyseren van de resultaten gerelateerd aan relevante patiëntkenmerken.
- Het terugkoppelen van de metingen in het uitkomstenkwadrant naar de teams binnen de organisatie.
- Het vergelijken van de eigen resultaten met die van andere teams.
- Het analyseren en verbeteren van resultaten volgens de cyclische methodiek die wordt toegepast in kwaliteitsprojecten.
- Het beschikbaar stellen van zorgresultaten aan patiënten en anderen.

De verschillende elementen zijn met elkaar verbonden. Patiënten komen allereerst het zorgproces binnen. Hierna verandert, in een positief geval verbetert, de gezondheidstoestand onder invloed van een behandelaar of team die aan de behandeling zijn gekoppeld. De verandering wordt vastgelegd in termen van uitkomsten van zorg. Er wordt hier dan onderscheid gemaakt tussen klinische uitkomsten, waardering door de patiënt, kosten en kwaliteit van leven. De uitkomsten worden teruggekoppeld naar het team. Om aan deze uitkomsten betekenis te kunnen geven, worden ze vergeleken met een van tevoren vastgesteld doel. Dit wordt de eerste feedbackcyclus genoemd.



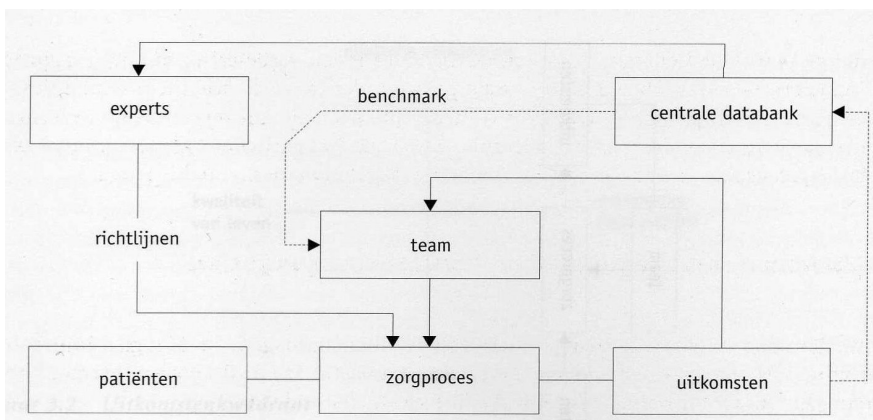
Figuur 1. Eerste feedbackcyclus (Bron: Walburg 2003)

Vervolgens kunnen de resultaten vergeleken worden met die van andere teams binnen de organisatie. De uitkomsten worden dan verzameld binnen een database, waardoor meerdere teams uitkomsten kunnen leveren en vergelijken. Dit wordt de tweede feedbackcyclus genoemd.



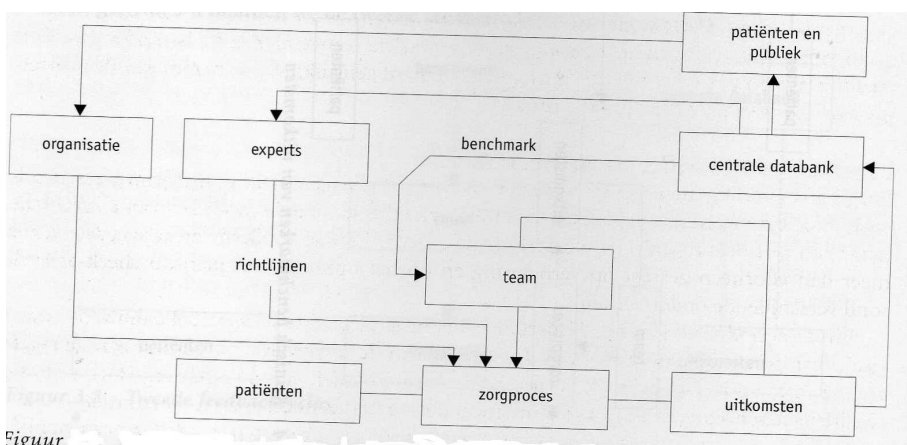
Figuur 2. Tweede feedbackcyclus (Bron: Walburg 2003).

Vervolgens kan de derde feedbackcyclus ontstaan doordat de gegevens systematisch geraadpleegd kunnen worden om meta-analyses te kunnen maken van de uitkomsten die vervolgens weer kunnen leiden tot aanpassing van richtlijnen en dergelijke.



Figuur 3. Derde feedbackcyclus (Bron: Walburg 2003).

Tot slot kan dan een vierde feedbackcyclus ontstaan wanneer vanuit stakeholders, zoals patiënten en overheid, reacties komen op resultaten die worden gepubliceerd (Walburg 2003).



Figuur

Figuur 4. Vierde feedbackcyclus (Bron: Walburg 2003).

Arthur Andersen deed onderzoek naar prestatie management in een aantal organisaties (Waal 2001). De vraag die hierbij centraal stond luidde: 'Hoe effectief is

uitkomstenmanagement nu eigenlijk?'. De organisaties die zich hadden gericht op prestatie management scoorden op alle indicatoren beter.

Tot slot wordt wel aangegeven dat er onderzoeken zijn gedaan naar effecten op onderdelen van uitkomstenmanagement, maar dat er geen studies zijn verricht naar de effecten op de zorgresultaten (Walburg 2003). Uit een onderzoek naar systematische vormen van uitkomstenmanagement komt naar voren dat het niet alleen van belang is dat indicatoren er zijn en worden verzameld, maar dat er ook terugkoppeling plaats vindt naar de teams.

### **3.2 Decubitus**

Decubitus is weefselversterf, veroorzaakt door de inwerking van druk, schuifkrachten of wrijving of een combinatie van deze drie factoren. Deze worden ook wel extrinsieke factoren genoemd. Als er geen druk aanwezig is, ontstaat er geen decubitus. Schuifkrachten en wrijving zijn ook te herleiden tot druk (Cullum 2004, CBO 2002). Vochtigheid van de huid is ook een extrinsieke factor, maar geen oorzaak van decubitus. Wel maakt vochtigheid van de huid, door transpiratie of incontinentie door urine, de huid stroever waardoor meer wrijving kan optreden.

Decubitus beïnvloedt de kwaliteit van leven ongunstig. Decubitus kan leiden tot complicaties en in het ergste geval zelfs tot overlijden. Vrijwel elke decubituswond veroorzaakt klachten. Er zijn verschillende fases te onderscheiden bij decubitus. In de acute fase zijn de klachten veelal ontstekingsverschijnselen en de daarmee samenhangende symptomen. In de chronische fase is er vooral sociaal isolement en minder bewegingsvrijheid. Wanneer de decubitus genezen is, dan is de kans op het opnieuw ontstaan van decubitus vergoed door het weefselverlies en het littekenweefsel (CBO 2002).

In Nederland is er consensus over een classificatie in vier graden (CBO 2002). Hieronder worden ze kort beschreven:

- Graad 1 is niet wegdrukbaar roodheid van de intacte huid, verkleuring van de huid, warmte, oedeem en/of verharding.
- Graad 2 is een oppervlakkig huiddefect, een blaas of oppervlakkige ontveling, van de opperhuid, al dan niet met aantasting van de huidlaag eronder, de lederhuid.
- Graad 3 is een huiddefect met schade van de huid en onderhuids weefsel, de schade kan zich uitstrekken tot aan het onderliggende bindweefselvlies.
- Graad 4 is uitgebreide weefselschade of weefselversterf aan spieren, botweefsel of ondersteunende weefsel of lederhuid (Universiteit Maastricht - CVZ 2006, DMS 2004).

Er bestaan grote verschillen in prevalentiecijfers tussen instellingen. In grote onderzoeken zijn er prevalenties voor ziekenhuizen gevonden die liggen tussen de 5,2 en 18,6%. Voor verpleeghuizen ligt dit percentage tussen 7,9 en 33,2% (CBO 2002). Nederlandse prevalentie metingen tonen aan dat het percentage van decubitus in algemene ziekenhuizen rond de 23% is, en in verpleeghuizen 30%.

Op 12 december 2006 heeft de Universiteit Maastricht een rapportage gepubliceerd met de belangrijkste resultaten van de landelijke meting van prevalentie van onder andere het zorgprobleem decubitus. Uit het rapport komt onder andere naar voren dat de prevalentie van decubitus lijkt te dalen. De daling die in 2004 is ingezet, heeft zich in 2006 voortgezet.

De afgelopen jaren is door instanties veel energie gestoken in het verminderen van de incidentie en prevalentie van decubitus. Dit blijkt nu effect te hebben. Een daling van decubitus is dan ook van zeer groot belang voor de kwaliteit van zorg voor ziekenhuizen en zeer goed om te nemen als uitkomstmaat (Tweede Kamer der Staten-Generaal 2006, Ministerie van VWS 2006). Ook is het zo dat bij decubitus het een grote groep mensen betreft waar veel gezondheidswinst te behalen valt (GGD Nederland 2001).

Het aantal decubitusgevallen is een betrouwbare maat voor de kwaliteit van zorg in een zorginstelling, waaronder ziekenhuizen. De registratie van het vóórkomen van decubitus in ziekenhuizen is steeds meer een criterium van kwaliteit geworden. Het belang van het voorkomen van decubitus ligt onder andere in het feit dat de totale verpleegduur langer wordt wanneer men decubitus oploopt (RIVM 2007).

De kosten van de zorg voor decubitus zijn erg hoog en bedroegen maar liefst 90.3 miljoen euro in 2003, wat 10.7 % van de totale kosten van zorg in Nederland is. Met het voorkomen van decubitus gaan dus ook de totale zorgkosten omlaag (RIVM 2007).

Decubitus heeft een relatie met voedingsinname. Literatuur wijst een te lage opname van energie en eiwitten aan als bevorderende factor voor de ontwikkeling van decubitus. Bij een groot deel van de oudere populatie en chronisch zieken bestaat een tekort aan voedingsstoffen, zoals eiwit, energie, vitamines B6, B12, C, Niveau 2D en foliumzuur. Ook bestaat er een tekort aan de bij wondgenezing betrokken stoffen eiwit, energie, vitamines A, C en zink (CBO 2002).

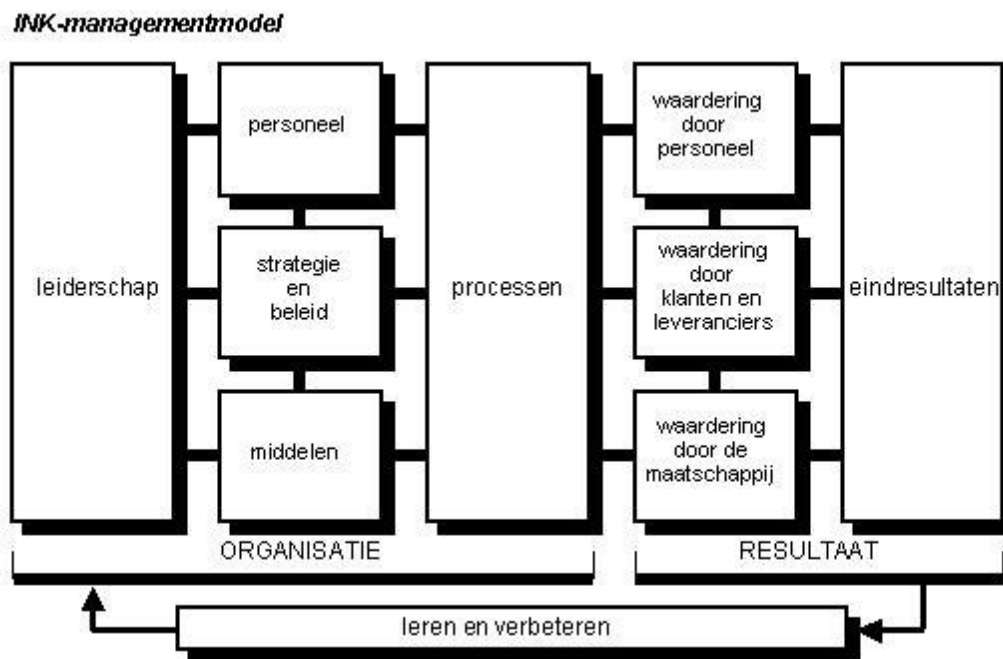
In verpleeghuizen speelt in mindere mate ook de personeelsaspecten een rol. In verpleeghuizen is de motivatie onder het personeel om decubitus te voorkomen en te behandelen hoog, ongeacht het opleidingsniveau.

In de literatuur van Vandenbosch (1996) en Goodridge (1998) die worden aangehaald in het artikel van CBO (2002) wordt gesuggereerd dat het gebruik van een risicoscorelijst de klinische blik van de verpleegkundige verbetert.

### **3.3 INK model**

Er zijn verschillende methoden en instrumenten voor zorginstellingen om de kwaliteit van zorg te bewaken en de organisatie te sturen. Voorbeelden zijn Total Quality Management, het INK-model en accreditatiesystemen zoals de HKZ-normering (Schellekens et al 2001). Één van deze integrale kwaliteitsmodellen is dus het INK model (zie figuur 3.3).

Figuur 3.3 INK managementmodel



(INK 2008). Bron: [www.ink.nl](http://www.ink.nl)

Het INK model bestaat uit een schema met tien aandachtsgebieden. Van deze aandachtsgebieden hebben er vijf betrekking op de organisatie en vier op resultaten. Het tiende gaat over leren en verbeteren. Dit tiende gebied benadrukt de feedbackloop die in het gehele model is terug te vinden (CBO 2008).

Het INK model richt zich dus ook op resultaatgebieden, namelijk: waardering klanten, medewerkers en maatschappelijke omgeving en bedrijfsresultaten. Om op de hierboven genoemde gebieden resultaten te behalen zijn beheerste processen nodig die worden aangestuurd door de leiding van de organisatie, namelijk: beleid & strategie, middelenmanagement en personeelsbeleid. Dit model wordt het meest gebruikt door managers, en minder door professionals omdat zij het vaak te abstract vinden. Onder het genoemde bedrijfsresultaat worden zelden klinische resultaten, zoals decubitus, meegenomen. Ze zijn meer gericht op financiële indicatoren dan op uitkomstindicatoren (Walburg 2003).

Meestal wordt het model als stuurmodel gebruikt in een organisatie. Het management definieert de gewenste zorgresultaten, vervolgens worden de processen en eventueel de organisatie aangepast, de resultaten worden geëvalueerd en vervolgens is er een verandering in de resultaten. Dit is dan te zien als verbeteren, vernieuwen en sturen.

Het zou dus positief zijn wanneer een zorginstelling het INK model als uitgangspunt neemt en dan, met behulp van de principes van uitkomstenmanagement, voor de organisatie de onderdelen uitwerkt die dichterbij de uitvoering van zorg staan. Zoals het overkoepelende leren en verbeteren, wat goed toepasbaar zou zijn op zowel afdelingen als in het management, organisatiebreed.

Het INK model maakt de sterke punten en verbeterpunten zichtbaar in de organisatie (CBO 2008). Om vervolgens hiermee concreet aan de slag te gaan, wordt vaak een verbetercyclus gebruikt, zoals de PDCA cyclus. Dit staat voor plan, do, check, act en hiermee kunnen concreet problemen worden aangepakt.

De PDCA-cyclus wordt kort toegelicht aan de hand van het onderstaande schema (figuur 3.4). Dit schema is afkomstig uit Wolff (2004).

<b>PDCA</b>	<b>Algemeen</b>	<b>Kwaliteitszorg</b>
Plan	Planning	Doelen en voorbereiding: <ul style="list-style-type: none"> <li>- opstellen van kwaliteitsbeleidplan: beschrijven van alg. doelen, middelen en organisatie van kwaliteitszorg;</li> <li>- keuze van verbeterpunten voor komende jaar/jaren;</li> <li>- aanwijzen van verantwoordelijken.</li> </ul>
Do	Uitvoering	Uitwerking en uitvoering: <ul style="list-style-type: none"> <li>- uitwerken in concrete plannen;</li> <li>- bepalen van prestatie-indicatoren (pi's);</li> <li>- bepalen van normen (gewenst niveau);</li> <li>- uitvoeren van activiteiten volgens plannen tussentijds monitoren en meten.</li> </ul>
Check	Controleren/evalueren	Evaluatie van verbeteractiviteit: <ul style="list-style-type: none"> <li>- bijeenleggen van meetgegevens a.h.v. afgesproken p.i.'s;</li> <li>- uitkomsten vergelijken met gestelde normen en conclusies trekken;</li> <li>- uitkomsten plaatsen binnen breder beleid;</li> <li>- opstellen van een schriftelijk verslag, of een rapport van zelfevaluatie;</li> <li>- zelfevaluatie laten beoordelen door onafhankelijke derden.</li> </ul>
Act	Bijstellen/aanpassen	Borgen en bijstellen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- maatregelen nemen, afspraken maken om behaalde resultaten te borgen;</li> <li>- keuze van nieuwe verbeterpunten of verbeteractiviteiten (zie: 'Plan').</li> </ul>



## **4. Onderzoeksresultaten**

In hoofdstuk 4 zullen de onderzoeksresultaten worden besproken. In de eerste paragraaf wordt het verloop van het onderzoek besproken. In de tweede paragraaf worden de deelvragen beantwoord. Om de privacy te waarborgen worden geen namen genoemd, maar de functie van de betreffende respondent, en wordt vermeld of deze werkzaam is in het ziekenhuis of in het verpleeghuis.

### **4.1 Verloop van het onderzoek**

Tijdens het uitvoeren van het onderzoek is niet afgeweken van de voorgestelde onderzoeksopzet op het vlak van de geplande interviews. Disciplines die gepland waren voor een interview zijn ook uitgevoerd. Er zijn geen extra personen gezocht om te interviewen voor het onderzoek, omdat na de eerste reeks interviews genoeg relevantie informatie naar voren kwam, en nieuwe interviews zouden geen extra informatie opleveren.

Het plannen van de interviews in het ziekenhuis bleek makkelijker te gaan dan de interviews plannen in het verpleeghuis. In het ziekenhuis konden de personen makkelijker een uur vrij maken voor een interview dan in het verpleeghuis, omdat er daar bepaalde uren erg druk zijn en collega's het niet over konden nemen. Vandaar dat er één interview in het verpleeghuis niet heeft plaatsgevonden, namelijk het interview met de beleidsmedewerker.

In het Vlietland ziekenhuis zijn twee verpleegkundigen geïnterviewd, één teamleider van de afdeling cardiologie geïnterviewd en één afdelingshoofd (cq. Clustermanager) van de afdelingen orthopedie, longgeneeskunde, interne geneeskunde en nefrologie. Ook is er één beleidsmedewerker geïnterviewd. Deze beleidsmedewerker gaat over het kwaliteitsbeleid in het Vlietland ziekenhuis op zowel de locatie Schiedam als Vlaardingen (zij is eveneens beleidsmedewerker van het stafbureau en de Raad van Bestuur). En tot slot één pijnconsulente. Zij houdt zich bezig met het implementeren van pijn protocollen, poli bij de artsen en zij is tevens nurse practitioner. Zij is werkzaam door het hele ziekenhuis en heeft daarom een breed beeld van wat er in het Vlieland gebeurt.

### **4.2 Beantwoording deelvragen ziekenhuis**

Hieronder zullen de resultaten van de deelvragen worden beschreven. Omdat resultaten van de deelvragen elkaar deels zullen overlappen, zal er enigszins sprake zijn van korte herhaling. De deelvragen worden beschreven aan de hand van topics die zijn gebruikt tijdens de interviews, hierdoor bestaat het beantwoorden van elke deelvraag uit een aantal delen.

#### **4.2.1 Wat is decubitus en hoe wordt dit gebruikt als uitkomstmaat?**

Allereerst wordt deelvraag 1 behandeld. Het ziekenhuis en het verpleeghuis worden hierbij om de beurt behandeld, waarin ook een onderscheid is gemaakt tussen de geïnterviewde disciplines. Als eerste zullen de verpleegkundigen aan bod komen, vervolgens de teamleiders/clustermanagers, de pijnconsulente (in geval van het Vlietland ziekenhuis) en als laatste de beleidsmedewerker. De deelvraag is opgesplitst in drie topics, waardoor de deelvraag beter beantwoord wordt. De drie topics zijn: omschrijving decubitus, gebruik als uitkomstmaat en terugkoppeling.

##### *Topic 1: omschrijving decubitus.*

Alle geïnterviewde probeerden een definitie te geven van decubitus zoals het in hun instelling worden gehanteerd. Geen van allen raadpleegden hierbij het protocollenboek, waarin een definitie wordt gehanteerd, zoals deze ook in het hele ziekenhuis/verpleeghuis wordt gebruikt.

De 2 verpleegkundigen, hierna verpleegkundige 1 en 2 genoemd, uit het Vlietland ziekenhuis gaven aan dat decubitus is onderverdeeld in 4 graden, waarbij graad 1 het minst erg is, wat roodheid van de huid inhoudt, en graad 4 open, diepe wonden zijn.

Door de teamleider en het afdelingshoofd wordt decubitus kort omschreven.

De teamleider omschrijft decubitus als volgt:

*“Decubitus is een defect aan de huid in verschillende gradaties. Begint met enige roodheid van een drukplek tot uiteindelijk open gaten. Graad 1 t/m 4 wordt gebruikt als ik mij goed herinner. Dus ja, ik zou decubitus omschrijven als drukplekken op de huid. Doorligplekken. Variërend van roodheid tot een gat. Kort door de bocht.”*

Ook zij maken beiden geen gebruik van hun protocollenboek om een definitie te geven. Wel heb ik een uitgedraaide versie gekregen van het decubitus protocol, waar het als volgt staat omschreven:

Graad 1: niet wegdrubbare roodheid, droge huid en vochtige huid.

Graad 2A: gesloten blaardak

Graad 2B: oppervlakkig defect

Graad 3: decubitus tot subcutis, droge necrose, natte necrose, sterk exsuderende wond, schoon defect.

Graad 4: decubitus tot in of voorbij de subcutis (Vlietland ziekenhuis 2008).

De beleidsmedewerker van het Vlietland ziekenhuis geeft een korte omschrijving van decubitus, hoe zij het kent. Ze omschrijft het als doorligwonden. Wanneer je te lang een slechte huid hebt, krijg je wonden waarin verschillende gradaties zijn.

De pijnservice-consulent omschrijft decubitus als een niet wegdrubbare roodheid op onder andere de stuit, hielen of de neus. Dit wordt dan graad 1 genoemd. Op dat moment wordt er al begonnen met behandelingen binnen het ziekenhuis. Er wordt vooral veel aan preventie gedaan, zoals wisselgigging bij patiënten, speciale matrassen voor decubituspatiënten (Pijn consulente 2008, persoonlijke communicatie)

*Topic 2: gebruik als uitkomstmaat.*

Verpleegkundige 2 geeft aan dat er vooral veel inspanningen zijn om decubitus te voorkomen, preventieve maatregelen. Er wordt elke zondag van elke patiënt een decubitus score ingevuld, aan de hand van een standaardkaart. Zondag is dan ook de dag van de meting voor de prestatie indicatoren. Alle punten worden vervolgens opgeteld, bij een bepaald aantal punten moet er een interventie worden toegepast. Dit is eigenlijk het proces voor er decubitus ontstaat. Wanneer er decubitus is, wordt aan de hand van de graad een actieplan opgesteld, afgestemd op de individuele patiënt.

*“We hebben een decubitusnetwerk in het ziekenhuis, waar ook diëtisten aan zijn verbonden, waardoor decubitus samen wordt genomen met de voedingstoestand omdat dit er veel invloed op kan hebben”.*

Verpleegkundige 1 vertelt ook over hoe decubitus als uitkomstmaat wordt genoteerd en het gevolg.

*“ Wanneer de patiënt eenmaal decubitus heeft hebben we een ander formulier om het te noteren. De wis-consulent vult dat bij ons in. Dat is een wond, incontinentie en stoma specialist. Als bijvoorbeeld iemand een rode stuit heeft weten we automatisch via het protocol wat we moeten doen, dat is graad 1. Zoals een matras en wisselgigging. Maar zodra het open is bellen we de wis-consulenten, die schrijven dan vervolgens, na gekeken te hebben, een beleid uit. Er zijn 2 van deze consulenten in het ziekenhuis. Vaak nemen ze ook een kweekje bij de patiënt, en vertellen ze de verpleegkundigen wat te doen, welk verband bijvoorbeeld te gebruiken.”*

De score die elke week wordt ingevuld in het ziekenhuis door verpleegkundigen wordt gebruikt om te bepalen hoe groot het risico is op decubitus, dus niet om aan te geven of de persoon wel of geen decubitus heeft. Wanneer er eenmaal decubitus ontdekt is wordt deze wel genoteerd en als uitkomstmaat opgeschreven, dit ook omdat de prestatie indicatoren decubitus includeren, het moet dus gemeten en bijgehouden worden.

Volgens verpleegkundige 1 worden de graden veelal op de afdeling niet gebruikt, maar wordt er gebruik gemaakt van omschrijvingen die aan elkaar worden doorgegeven. Ook wordt

decubitus niet per se gebruikt om aan te geven hoe goed of slecht het met de patiënt gaat, omdat daar veel meer factoren een rol bij spelen, en alleen decubitus kan niet zeggen hoe de patiënt er aan toe is. Wel geeft zij ook aan dat wanneer er decubitus is geconstateerd, en de wis-consulent wordt erbij gehaald, dat er dan wel gesproken wordt in officiële termen, de graden. Maar onderling is dit niet gebruikelijk (Verpleegkundige 1 2008, persoonlijke communicatie).

Op de vraag 'Gebruiken jullie decubitus om aan te geven hoe goed of slecht het met de patiënt gaat?' antwoordde de teamleider als volgt:

*"Nee niet echt. We hebben wel een decubitus risico score. Daarbij schat je van tevoren in, in hoeverre een patiënt gevoelig is voor decubitus. Of hij mobiel is, voedingstoestand etc. Door dit in te vullen ben je alerter. Als hij in een decubitus risicoscore hoog scoort dan moet je alerter zijn op het ontstaan van decubitus. We gebruiken het niet als een conclusie."*

Dit staat in contrast met het gebruik van prestatie-indicatoren in het ziekenhuis. Waarbij decubitus wel als conclusie wordt gebruikt.

Het afdelingshoofd geeft aan dat er als uitkomstmaat gebruik wordt gemaakt van prestatie-indicatoren, en dat aan de hand hiervan sturing plaats vindt.

In het Vlietland ziekenhuis wordt gebruik gemaakt van prestatie-indicatoren. Prestatie-indicatoren zijn veelal uitkomstmaten volgens de beleidsmedewerker. Uitkomsten moet je zien als een aanleiding om het proces te gaan analyseren. Dus als er iets slechts uit komt, dan wordt er actie op ondernomen. Er wordt verteld dat het belangrijkste is dat er je iets mee gaat doen, anders heb je niets aan uitkomstmaten.

*"Ik heb niet het idee dat we decubitus als uitkomstmaat nemen. Wel weet iedereen wanneer er decubitus is ontstaan, en dat het mis is met de conditie van de patiënt"*.

Volgens de pijn consulente heeft het indirect ook te maken met de voedingstoestand, dus er is een soort verband daarmee. Wel geeft het aan hoe slecht het met de huid is gesteld. Maar het is niet per definitie en indicator voor het aangeven of het goed of slecht met de patiënt gaat (Pijn consulente 2008, persoonlijke communicatie).

### *Topic 3: terugkoppeling*

In het ziekenhuis wordt er na elke dienst overgedragen aan elkaar. Dit houdt kort gezegd in dat de patiënten worden besproken en alle bijzonderheden voorbij komen, omdat deze gerapporteerd zijn door de dienstdoende verpleegkundigen.

Onderling wordt gesignaleerde decubitus besproken en ook vastgelegd, zodat ook verpleegkundigen die niet op dat moment aanwezig zijn deze rapportage terug kunnen lezen en alle belangrijke informatie van de patiënt kunnen zien. Ook wordt besproken welke preventieve maatregelen eventueel bij een patiënt genomen kunnen worden wanneer blijkt dat er sprake is van een verhoogd risico op decubitus. Verpleegkundige 2 zegt hierover het volgende:

*“Ik bespreek met iedereen als ik iets zie, decubitus of risico. Je beslist ook niet in je eentje of je een matras bestelt bijvoorbeeld.”* (Verpleegkundige 1, 2 2008, persoonlijke communicatie).

Zowel de teamleider als het afdelingshoofd geven aan dat decubitus of een risico tot decubitus goed besproken wordt. Allereerst zijn er medewerkers op de afdeling, zoals twee medewerkers op de afdeling cardiologie die in een decubitus- of voedingsnetwerk zitten. Deze medewerkers dragen zorg voor deskundigheidsbevordering bij de rest van de medewerkers. Wanneer er sprake is van decubitus worden deze twee medewerkers altijd opgeroepen om mee te kijken en zo een goed oordeel te vormen.

Ook tijdens overdrachten wordt decubitus behandeld. Dit komt overeen met wat de verpleegkundigen zeggen over het bespreken van decubitus in overdrachten.

Ook is er de mogelijkheid tot het inschakelen van de wis-consulent, mocht er meer deskundigheid nodig zijn.

*“Er zijn aan alle kanten vangnetten”,* aldus de teamleider.

Volgens het afdelingshoofd komen de wis consulenten minimaal eenmaal per week op de afdeling kijken voor overleg met de verpleegkundigen over eventuele decubitus gevallen. Indien nodig kunnen zij vaker langs komen. Het is in de toekomst de bedoeling dat de verpleegkundigen meer zelf verantwoordelijk en elkaars vangnet zijn, en meer overleggen op de afdeling zelf (Teamleider, afdelingshoofd 2008, persoonlijke communicatie).

In het ziekenhuis zijn er speciale informatieavonden voor verpleegkundigen. Het is dan de taak van de verpleegkundige om de kennis op de afdeling te verspreiden, zodat iedereen er mee kan omgaan. De informatie komt van de eerder genoemde wis-consulenten af, die hier speciaal voor zijn opgeleid.

*“Er wordt geregistreerd, en er is één iemand die dat coördineert. Ook zijn er de wis-consulenten, waar contact mee wordt opgenomen en zij gaan vervolgens naar de afdeling. Zij registreren dit ook”.*

Hierna vindt de terugkoppeling weer plaats, met behulp van het registratieprogramma, naar de verpleegkundigen op de afdeling.

Er is dus terugkoppeling vanuit eigen mensen van de afdeling, via de informatieavonden. Maar ook vanuit een andere hoek, de wis-consulenten is er terugkoppeling. Op deze manier worden mensen die werkzaam zijn op de afdeling goed bereikt, en wordt er voor gezorgd dat alles overkomt en er actie opgezet kan worden (Beleidsmedewerker 2008, persoonlijke communicatie).

In het Vlietland ziekenhuis vindt er veel terugkoppeling plaats. Ten eerste wordt decubitus doorgespeeld aan de wis-consulenten die in het ziekenhuis werkzaam zijn. Deze wis-consulenten hebben een apart veld in het medisch dossier van de patiënten. Hierdoor weet ook iedereen op de afdeling dat er speciale aandacht voor decubitus moet zijn. Het beleid dat uitgeschreven wordt door bijvoorbeeld de wis-consulent moet dan ook gevolgd worden. Hierdoor wordt er onderling veel over gepraat. Het plan wordt dan ook uitgelegd aan verpleegkundige, hierdoor zijn zij er continu bij betrokken en vindt de terugkoppeling vanuit de wis- consulenten naar de afdeling plaats.

Ook wordt er volgens de pijn consulente een actielijst opgesteld per patiënt. Deze is één dag geldig, en hierna wordt er weer een nieuwe opgesteld. Hierdoor moet er ook steeds teruggekoppeld worden over de geboekte resultaten en wat er eventueel aangepast moet worden (Pijn consulente 2008, persoonlijke communicatie).

In een schematisch overzicht zijn er de volgende overleggen waarin decubitus aan bod komt:

Van → naar	wanneer
Verpleegkundigen → verpleegkundigen (en ander personeel op de afdeling)	Bij elke dienstoverdracht (3 x per dag) bespreken patiënten, en decubitus indien aanwezig of bij risico van de patiënt.
Verpleegkundigen → wis-consulenten	Bij verdenking decubitus, deskundig advies nodig.
Wis-consulenten → verpleegkundigen	Bij bezoek op de afdeling, advies van de wis consulenten bij eventuele aangetroffen risico of decubitus.

#### **4.2.2 Op welke manier kan het INK model worden gebruikt en hoe wordt deze toegepast bij uitkomstenmanagement?**

Ook bij deze deelvraag worden de vragen per discipline beantwoord. Allereerst verpleegkundigen, hierna de teamleider en de clustermanager. De topics die hierbij gehanteerd zullen worden zijn, manier van werken met management model, bijdrage aan

verbetering decubitus via vast model werken, overlegvormen en feedback vanuit het management.

*Topic 1: manier van werken met management model*

Verpleegkundige 1 geeft aan niet bekend te zijn met enig managementmodel dan ook. Zij merkt tijdens het werken op de werkvloer in het ziekenhuis niets van het gebruik van een model. Op de vraag of zij merkt dat er via een cyclus wordt gewerkt, zoals bij leren en verbeteren uit het INK model is het antwoord: *“Ja een beetje wel.”* Maar echt kennen doet zij het niet. Wel geeft zij aan dat er regelmatig voor patiënten een plan wordt opgesteld. *“En de wis-consulent bepaalt een behandelplan en komt regelmatig langs om het te bekijken. Het is niet bekend dat er via een managementmodel wordt gewerkt op de afdeling”.*

Verpleegkundige 2 is wel bekend met het INK model, maar geeft aan dit model niet te kennen door het werken als verpleegkundige op de afdeling, maar door haar master opleiding ‘zorgmanagement’. Ze hoort leidinggevenden een enkele keer wel eens een model noemen, maar op de werkvloer niet. *“Ik kan er zeker wel uit halen dat wij via een bepaalde cyclus werken, maar sommige van mijn collega’s niet”.*

Op de werkvloer is er dus weinig tot niets te merken van het werken via een bepaald model dat hogerop in de organisatie is gekozen. Veelal kennen verpleegkundigen geen management modellen en worden deze ook niet herkend op de afdeling tijdens werkzaamheden (Verpleegkundige 1,2 2008, persoonlijke communicatie).

De teamleider in het Vlietland ziekenhuis is bekend met het INK model, voornamelijk ook doordat zij hiervoor een functie heeft gehad in het management. Als teamleider van een afdeling zit je overal dicht op, volgens de teamleider zelf. Wanneer er dingen mis gaan worden deze ook besproken. Zo wordt er nagegaan wat er mis is gegaan en wat je eruit kunt halen. *“Het leren en verbeteren zie je hierin terug”.*

Maar de teamleider geeft ook aan dat op de werkvloer een management model in principe niet nodig is. Aan de werknemers moet alleen worden aangegeven wat er mis is gegaan. Verpleegkundigen hebben volgens de teamleider geen interesse in modellen. *“Als ik met het INK model aankom, sluiten de poorten zich gelijk. Verpleegkundigen zijn doeners, die hebben geen zin in modellen. We doen alles middels werkoverleg.”*

Het afdelingshoofd omschrijft het INK model door de onderdelen hiervan op te noemen en vertelt dat er op deze onderdelen vervolgens het ziekenhuis in worden gestuurd. Het ‘leren en verbeteren’-aspect door onder andere een goede registratie. Hij vertelt ook dat er in het ziekenhuis nog maar sporadisch mee wordt gewerkt, omdat het een heel breed model is. Daardoor pakte het vooral in lagen onder het management niet goed uit. Wel wordt er actief gewerkt met de PDCA-cyclus, waar ook duidelijk het ‘leren en verbeteren’ en ‘vernieuwen’-

aspect zichtbaar is. Dit is kleiner van omvang waardoor je vaker tot het einde van het model komt volgens het afdelingshoofd. *“Hier in het ziekenhuis zijn we erg gefocust op prestatie-indicatoren, ook vooral omdat het resultaat oplevert”*.

Het werken via een vast model draagt volgens het afdelingshoofd bij aan verbetering, vooral ook omdat het ‘leren en verbeteren’-proces wordt gestimuleerd. *“Wanneer medewerkers zien dat er een stijgende lijn inzit, verbetert dit ook de motivatie, en decubitus neemt dan inderdaad af en het is goed om onder ogen te zien.”* Resultaten van onder andere de prestatie-indicatoren, en dus ook decubitus en het percentage bijvoorbeeld dat het voorkomt in het Vlietland ziekenhuis worden gepubliceerd via intranet. Dit is een website die medewerkers wanneer ze zijn ingelogd kunnen bezoeken en waarop zij verslagen kunnen lezen. Ook wordt er extra aandacht besteedt aan decubitus wanneer er goed resultaat is geboekt. *“Zo zijn we van ongeveer 8% naar ongeveer 5% gegaan. Dit is dus zeker een verbetering van de kwaliteit”*.

In dit ziekenhuis wordt niet geheel vanuit het INK model gewerkt volgens de beleidsmedewerker. *“Uiteindelijk werk je natuurlijk wel vanuit een model, maar op de werkvloer ben je gewoon bezig”*. Uit het interview komt naar voren dat je de PDCA-cyclus wel overal tegenkomt, maar dat de ‘do’ en ‘act’-fase vaak wegvallen.

Volgens de pijn consulente wordt er wel mee gewerkt in het management, maar een verpleegkundige zou het niet kunnen noemen. Het is een echte management term. Wel is het zo dat in het ziekenhuis behandelplannen voor patiënten worden opgesteld waar je de cyclus in terug ziet. Er worden elementen aangepast waar vervolgens weer van geleerd wordt. Maar door deze ‘vertaling’ kan een verpleegkundige er wat mee (Pijn consulente 2008, persoonlijke communicatie).

#### *Topic 2: bijdrage aan verbetering decubitus via vast model werken*

Verpleegkundige 1, die geen kennis heeft van managementmodellen, geeft aan te denken dat het werken via een model wel bijdraagt aan verbetering. Dit omdat er op die manier meer overlegd wordt over een patiënt en men niet meer zomaar klakkeloos een plan uitvoert. Er wordt dan nagedacht welke stap je zet en wat dat bijdraagt aan verbetering voor de patiënt. Hier wordt de patiënt ook beter van.

Ook verpleegkundige 2 geeft aan dat via een cyclus werken positief is voor de patiënt. Wanneer ‘leren en verbeteren’ dus beter zichtbaar zou zijn op de afdeling, zie je hier ook positieve resultaten en kunnen acties bijgesteld worden.



In de genoemde antwoorden in topic 1 van het afdelingshoofd en de teamleider, blijkt dat decubitus af neemt, wanneer mensen dingen onder ogen gaan zien, en dat is te bereiken via het werken met een model. Ook is gebleken dat door metingen te doen, en hier actie op te ondernemen, decubitus is afgenomen in het ziekenhuis (Teamleider, afdelingshoofd 2008, persoonlijke communicatie).

Wanneer er naar de resultaten gekeken wordt is er zichtbaar dat het beter gaat met het percentage decubitus in de instelling. Dit is vooral het resultaat van het werken met prestatie-indicatoren, waaronder de uitkomstmaat decubitus valt (Beleidsmedewerker 2008, persoonlijke communicatie).

*“Landelijk wordt erop gelet en ingespeeld, dus dan moet je als ziekenhuis verbeteren, ik denk niet dat het door met modellen te werken helemaal kan verdwijnen, maar we streven naar het beste”.*

De pijn consulente geeft aan niet te weten of het in dit ziekenhuis echt een bijdrage levert als er via een model gewerkt wordt. Dit komt omdat er ook veel mbo-verpleegkundigen werkzaam zijn op een afdeling, en deze mensen zijn minder thuis in managementmodellen.

*“Hbo-verpleegkundigen zijn veel meer gestuurd in managementmodellen en kwaliteitsmodellen. Ik denk wel als ze het uitgelegd krijgen dat ze het meer begrijpen, ook waarom ze het doen, en waarom in die volgorde”.*

Het kan dus blijkbaar wel een bijdrage leveren, maar op dit moment is dat nog niet echt het geval. Dit komt vooral omdat mensen nog niet vragen naar de rede van een bepaalde volgorde van werken, de zogenaamde cyclus.

In het ziekenhuis zelf wordt er wel veel gedaan aan kwaliteitsverbetering. Maar er wordt aangegeven dat daar eigenlijk geen theoretische modellen voor worden gebruikt. Een bepaald model waar een cyclus inzit, wordt meteen vertaald naar praktische dingen. Er wordt grofweg verteld aan de verpleegkundigen wat de interventie is en dat is wat we gaan doen. Er wordt dus ook niet verteld welk model het is, of wat de achterliggende gedachte hiervan is (Pijn consulente 2008, persoonlijke communicatie).

### *Topic 3: overlegvormen*

Op de afdeling in het ziekenhuis komt de wis-consulent niet standaard een aantal keer per week langs. De wis-consulent komt in actie wanneer de verpleegkundigen van de afdeling contact opnemen over een bepaalde patiënt. Patiënten die aangemeld zijn bij hun worden wel goed in de gaten gehouden en iedereen is er dan erg bij betrokken.

Verder is er een speciale werkgroep voor decubitus in het ziekenhuis actief waar eventuele belangrijke zaken die uit een dergelijk overleg komen teruggespeeld worden naar de afdeling

door onder andere een brief met informatie op te hangen, zodat deze voor iedereen zichtbaar is en de kennis kan vergaren.

De werkgroep decubitus is samengesteld van mensen van de werkvloer, op deze manier houdt je het dicht bij de verpleegkundigen zelf en worden collega's er ook bij betrokken. Alles wat verder met decubitus te maken heeft wordt in het werkoverleg besproken, waar naderhand notulen van uitgedeeld worden om het op die manier na te lezen en inzichtelijk te maken voor werknemers die er niet bij waren.

Verpleegkundige 2 geeft verder nog aan dat er op zondag ook een bepaalde actie is op de afdeling:

*“ Op zondag moeten we bij elke patiënt een score invullen met behulp van een kaart. Met die score gebeurt niet heel veel, maar wordt wel geregistreerd als onze prestatie-indicatoren. Bij 16 punten ligt de grens, dan moet er een belletje gaan rinkelen”.*

Op dat moment worden dan bijvoorbeeld ook de wis-consulenten ingeschakeld.

In het ziekenhuis zijn standaard werkoverleggen per afdeling. Hierin wordt onder andere het onderwerp decubitus aangehaald. Verder is er een speciaal decubitus voedingsnetwerk.

Deze mensen zitten in ziekenhuisbrede vergaderingen, waarbij het de bedoeling is dat deze mensen informatie op de afdelingen verspreiden en alles goed overbrengen.

Afdelingshoofden krijgen ook de nodige informatie via het hoofdenoverleg. Op deze manier wordt ook informatie teruggespeeld naar de medewerkers op de afdeling. Verder is er eenmaal per jaar een prevalentie meting. De informatie die hieruit voortkomt wordt ook ziekenhuisbreed teruggekoppeld.

Tot slot geeft het afdelingshoofd aan dat er ook overleg plaats vindt tussen verpleegkundigen en wis-consulenten, ongeveer één keer per week. Hierin worden dan behandelplannen doorgenomen, en zo nodig aangepast. Deze overleggen zijn dus speciaal op decubitus en de patiënt gericht (Teamleider, afdelingshoofd 2008, persoonlijke communicatie).

*“Ik weet dat er eenmaal per jaar de landelijke prevalentie meting is hier in het ziekenhuis”.*

De beleidsmedewerker kan naast de jaarlijkse prevalentie meting geen overlegvormen benoemen. Mogelijk komt dit doordat zij niet op de afdelingen zelf werkzaam is.

De pijn consulente geeft aan dat er eenmaal per week een voedingsoverleg is waarin ook decubitus aan de orde komt. Dit omdat er een relatie bestaat tussen voeding en decubitus. Aan deze werkgroepen nemen dan ook verschillende disciplines deel, zoals een diëtiste, voedingsassistent, hoofdverpleegkundige en een zaalarts. Hierin worden risicovolle patiënten besproken. Hierna vindt via de hoofdverpleegkundige terugkoppeling plaats naar

mensen op de afdeling. Verpleegkundigen zitten dus niet in dit overleg maar krijgen vervolgens wel de informatie uit het overleg.

Terugrapportage over decubitus vindt niet vaak plaats, alleen wanneer er iets flink is misgegaan.

#### *Topic 4: feedback vanuit het management*

Beide verpleegkundigen merken zij niet zoveel feedback vanuit het management.

Verpleegkundige 2 geeft aan dat zij het nog niet heeft meegemaakt dat er feedback komt vanuit het management, maar zij gelooft wel dat dit wel gebeurt. *“ Als er opvallend veel decubitus is zal er wel gereageerd worden, door onder andere de wis-consulente”*.

Op de afdeling waar zij werkzaam is heeft ze nog niet meegemaakt dat er inzage was in decubitus ten opzichte van andere periodes. Wel is het zo dat leidinggevenden er actief mee bezig zijn, naar het kijken hoeveel decubitus er voorkomt. Veranderingen worden doorgemaid of een formulier opgehangen in het kantoor. Zo wordt er van verschillende kanten wel actief op ingespeeld.

Er komt niet zozeer feedback vanuit het management. Wel vanuit de wis-consulenten in het ziekenhuis, omdat zij hiervoor speciaal aangesteld en zijn ook gespecialiseerd, dus zij zijn de aangewezen personen om feedback van te ontvangen. Verder komt er zoals eerder gezegd feedback vanuit een andere hoek, namelijk naar aanleiding van de jaarlijkse prevalentie­meting waar ziekenhuizen zich vrijwillig voor aanmelden. Dit is geen resultaat van wat je een jaar lang hebt bijgehouden, maar een momentopname. Maar toch valt er daarna als ziekenhuis te zien of je bent verbeterd ten opzichte van het vorige jaar. Er is dus wel degelijk een trend uit op te maken volgens het afdelingshoofd.

Wis-consulent zijn speciaal opgeleid om in te spelen op decubitusproblemen of -vraagstukken. Vanuit deze mensen in het ziekenhuis krijgt de afdeling informatie over behandelingen, voorkomen en andere zaken. Uit het interview blijkt niet dat de beleidsmedewerkers ook feedback geven naar de werkvloer. Wel is het zo dat één van de twee beleidsmedewerkers is betrokken bij de prestatie indicatoren en ook informatie verzorgt die de overheid verlangt van het ziekenhuis (Beleidsmedewerker 2008, persoonlijke communicatie).

Door middel van de prevalentie­meting in het ziekenhuis komt er feedback. Maar ook vanuit de wis-consulenten. Er wordt bijvoorbeeld feedback gegeven over de mate van voorkomen van decubitus, zodat er wat aan veranderd kan worden. Ook worden de percentages van decubitus en hoe lang de decubitus aanwezig is bij een patiënt voor het genezen is, de

graad en andere belangrijke zaken met landelijke gemiddelden vergeleken. *‘Dit is ook één van onze prestatie indicatoren in het ziekenhuis’.*

Daarnaast vindt er terugkoppeling naar het team plaats via het afdelingshoofd. Er wordt bijvoorbeeld gemeld dat het minder goed gaat dan voorheen en dat het team weer hard aan de slag moet voor een goed resultaat. Ook wordt er in teamvergaderingen decubitus ingebracht, om dat vervolgens weer terug te koppelen naar de verpleegkundigen.

Maar sowieso wordt er al geleerd en geëvalueerd door het team tijdens de opname, dit onder andere aan de hand van het behandelplan van de patiënt. Het behandelplan wordt herzien en dat is een evaluatiemoment. Op dat moment wordt er bijgesteld. Als je hiervan leert kun je bij de volgende patiënt eerder ingrijpen in het traject geeft de pijn consulente aan (Pijn consulente 2008, persoonlijke communicatie).

#### ***4.2.3 Wat levert het nemen van een uitkomstmaat, vooral decubitus, een ziekenhuis en verpleeghuis op?***

Hieronder worden de topics van deelvraag 3 behandeld aan de hand van de verschillende disciplines. Eerst de verpleegkundigen, vervolgens de teamleider en het afdelingshoofd, dan de beleidsmedewerker en de pijn consulente. De topics zijn: voordelen, betere informatie, stimulans en aangeschreven.

##### *Topic 1: voordelen*

Volgens verpleegkundige 1 spelen uitkomstmaten niet heel erg op de afdeling, ze geeft aan het niet erg belangrijk te vinden. Wel moet de kwaliteit van zorg goed zijn.

Verpleegkundige 2 geeft aan het voordeel van uitkomstmaten te vinden dat er meer aandacht aan gegeven wordt dan wanneer je niet naar uitkomsten kijkt. Zij ziet wel het gevaar van minder aandacht besteden aan decubitus in geval van drukte op de afdeling. Dat personeel invult dat de patiënt geen decubitus heeft, of geen risico heeft, waardoor de uitkomst vertekend kan zijn, omdat er niet zorgvuldig wordt gekeken.

Ook vindt zij dat uitkomstmaten niet per definitie goed informatie over een ziekenhuis verschaffen. De afdeling cardiologie in het Vlietland kent vrijwel geen decubitus, omdat dit een afdeling is waar patiënten vrij snel weer mobiel zijn, dan zegt een uitkomstmaat op de afdeling vrij weinig omdat het eigenlijk niet aan de orde is. Het gemiddelde van een ziekenhuis kan dan omhoog gaan, wat een vertekend beeld geeft. Het decubitus percentage, de uitkomstcijfers, ligt dus ook aan de patiëntenpopulatie.

Verder wordt er aangegeven door de verpleegkundigen dat prestatie-indicatoren meer zouden zeggen wanneer ze gewogen zouden worden.

Wanneer er naar de uitkomst wordt gekeken kan er volgens het afdelingshoofd meteen iets opvallen. Door deze resultaten inzichtelijk te hebben ga je terug naar het proces en wordt er daarna gekeken of er iets veranderd moet worden. Hier is dus duidelijk een cyclus in te herkennen waar continu verbeterd en geleerd wordt van eerdere resultaten. Uiteindelijk wordt er dan teruggekeken naar het proces (Afdelingshoofd 2008, persoonlijke communicatie).

*“Het voordeel van een uitkomstmaat is dat je iets inzichtelijk kan maken en er een trend valt af te lezen. Dit komt ook een beetje doordat de media de ziekenhuizen dwingt uitkomstmaten bekend te maken, ook de verzekeraar speelt hier een rol in. Die willen weten of een ziekenhuis goede kwaliteit levert. Want het gaat niet meer alleen om geld, maar ook om kwaliteit”.*

De beleidsmedewerker geeft aan dat er een voordeel kan zijn, maar dat het eraan ligt hoe je met uitkomstmaten omgaat als ziekenhuis. Wanneer er wordt opgemerkt dat verschillende uitkomstmaten slecht zijn, maar je gaat niet kijken naar het onderliggende proces, dus wat er aan vooraf fout is gegaan, dan heb je er niets aan.

*“Als je de uitkomstmaat als een aanleiding ziet om het proces te analyseren. Dan kan je er wel heel veel aan hebben. Maar prestatie indicatoren zijn veel uitkomstmaten. Soms wordt je er een beetje moe van als ziekenhuis, want je moet alles in indicatoren gaan verantwoorden. Er is niks op tegen, maar het kost veel tijd om het goed uit de systemen te krijgen. En veel registeren en dat vinden verpleegkundigen vaak geen leuk werk”.*

Hieruit valt op te maken dat er zeker voordelen zijn, maar dat er vervolgens wel iets met de uitkomstmaten gedaan moet worden. Dus niet alleen registreren en publiceren en vervolgens niets met opvallende cijfers en uitkomsten doen. Uit het verhaal van de beleidsmedewerker komt echter wel naar voren dat verpleegkundigen er in het Vlieland ziekenhuis nog niet echt positief tegenover staan (Beleidsmedewerker 2008, persoonlijke communicatie).

De pijn consulente geeft aan decubitus als uitkomstmaat een goede uitkomst te vinden, zij ziet dan ook zeker een voordeel. Het voordeel is dat je goed inzicht hebt in de conditie van de patiënt. Op die manier kun je dan ook weer iets zeggen over ligduur en comorbiditeit en over andere risicofactoren die de opname kunnen verlengen.

Het voordeel is er ook voor het management in het ziekenhuis. Zo krijgen zij ook inzicht wat er op afdelingen gebeurt. *“We hopen dingen te voorspellen door actief er bovenop te zitten. Zodat je er invloed op kunt uitoefenen”.*

*“Naar aanleiding van uitkomstmaten kun je actie ondernemen, zoals gewoontes van verpleegkundigen laten afnemen. Zoals dat ze matten onder billen van patiënten*

*leggen, wat gaat broeien en tot extra decubitus kan leiden. Dat is dus een verbeterpunt”.*

Vanuit uitkomsten kun je dus leren door verbeterpunten op te stellen en de gewoontes van de verpleging te veranderen (Pijn consulente 2008, persoonlijke communicatie).

#### *Topic 2: betere informatie*

Op de vraag of uitkomstmaten betere informatie geven over een ziekenhuis wordt er geantwoord dat decubitus niet alles zegt.

*“Decubitus is wel een vorm van slechte verzorging, heb ik geleerd. Maar soms zijn ze al in een slechte conditie als ze komen, voordat wij iets gedaan hebben. De zorg die je eraan besteedt vind ik wel een graadmeter. Dus wat doe je eraan”.*

Verpleegkundige 2 geeft dus aan dat decubitus alleen niet alles zegt over de conditie van een patiënt en de kwaliteit van zorg. Decubitus kan met andere dingen samenhangen en soms heb je er geen grip op, doordat patiënten bijvoorbeeld met decubitus binnenkomen. De zorg rondom decubitus wordt belangrijker gevonden dan alleen puur de uitkomstmaat decubitus.

Volgens het afdelingshoofd geven uitkomstmaten en prestatie indicatoren betere informatie over een ziekenhuis. Als antwoord werd het volgende gegeven:

*“Ja, want prestatie-indicatoren zijn voor iedereen hetzelfde. Maar er zal toch altijd wel fraude plaatsvinden, zoals bij een prevalentie meting. Prestatie indicatoren zijn wel eerlijk, het laat zien of er wel of geen verbetering heeft plaatsgevonden. Wel zou het misschien beter zijn als er een commissie van buitenaf de metingen verricht. Zo blijven ze objectief en komen er misschien meer dingen aan het licht”.*

Van uitkomstmaten kun en moet je dus leren, het geeft een ziekenhuis een beeld hoe goed of slecht ze bezig zijn, wat de kwaliteit is. Hierna kan er geleerd worden van hoe dingen zijn verlopen en hoe er tot dat resultaat was gekomen. Zo kunnen er aspecten in de organisatie veranderen en wordt er een cyclus op gang gebracht van leren en verbeteren (Teamleider, afdelingshoofd 2008, persoonlijke communicatie).

Uitkomstmaten geven waardevolle informatie voor het ziekenhuis zelf. Het is ook zo volgens de beleidsmedewerker dat het feit dat informatie openbaar gemaakt wordt, mensen het belangrijker gaan vinden en het secuur en goed invullen. Lijsten waar informatie uit ziekenhuizen wordt gepubliceerd zijn redelijk goed, indien deze gebaseerd op zijn prestatie indicatoren. Ziekenhuizen moeten wel goed te vergelijken zijn, en dat is vaak niet het geval. *“Daarom vind ik het moeilijk te zeggen of uitkomsten betere informatie geven over je ziekenhuis”.* Wel is het zo dat je dingen op een rijtje zet, de patiënt heeft daar wel behoefte

aan. Maar wat het uiteindelijk zegt vindt ze moeilijk om te benoemen (Beleidsmedewerker 2008, persoonlijke communicatie).

Volgens de pijn consulente kan het een heel verkeerd beeld geven, omdat er per afdeling zeer grote verschillen zijn en het ook aan de patiëntencategorie in een ziekenhuis ligt, wat allemaal de uitkomst beïnvloedt en dus ook je uitkomstmaat. Wel weet zij dat het zo is dat alles wordt doorberekend, en uitkomstmaten van toepassing zijn in de setting waarin je je bevindt. Dus dat compenseert het scheve beeld dan gedeeltelijk.

### *Topic 3: stimulans*

Het wordt duidelijk dat verpleegkundigen sowieso al goed op decubitus letten en het de kop in willen drukken. Het wordt niet ervaren als een directe stimulans, nu het als uitkomstmaat geregistreerd en gepubliceerd wordt. Als uitleg geven de verpleegkundigen dat wanneer je er niet op let er nare gevolgen voor de patiënt kunnen ontstaan, of er nu wel of niet geregistreerd wordt.

Wel wordt er door verpleegkundige 1 verteld dat zij denkt dat uitkomsten goed zijn om je er bewust van te maken, en je er bewuster mee bezig bent dan eerst, toen er niet geregistreerd werd en met prestatie indicatoren werd gewerkt.

Ook is het zo dat nu er uitkomstindicatoren zijn, je het als ware zwart op wit hebt, zoals bij decubitus, alle scores staan vermeld en het is ook heel belangrijk voor mensen van buitenaf, waar je verantwoording aan af moet leggen.

Eerder in dit hoofdstuk kwam bij de discipline verpleging ook aan het licht dat uitkomstmaten gezien kunnen worden als bewustwording. Ook de teamleider geeft dit aan. Het is volgens haar niet zozeer een directe stimulans, maar het draagt bij aan de bewustwording van bijvoorbeeld decubitus. Zij vindt dat uitkomsten goed gebruikt kunnen worden als sturingmechanisme. Wel denkt zij, uit ervaring op de afdeling, dat verpleegkundigen, en andere mensen op de werkvloer al het registreren als minder prettig ervaren, en dan als reactie op het registreren ook uitkomstmaten zelf als minder fijn ervaren.

Wel geeft zij aan dat het tegenwoordig ook vanuit de overheid wordt verwacht dat je met uitkomstindicatoren werkt, maar zelfs dan vinden verpleegkundigen het geen stimulans volgens haar (Teamleider 2008, persoonlijke communicatie).

De beleidsmedewerker geeft aan dat zij denkt dat het erg verschilt per verpleegkundige of het een stimulans voor ze is. Bij decubitus is de zorg al redelijk goed georganiseerd, en daarom is het misschien minder een stimulans. Er is altijd al veel aandacht voor geweest. Het is belangrijk dat het ziekenhuis een elektronisch dossier krijgt, zo is de kans kleiner dat

er niets met de geregistreerde gegevens gebeurt door de verpleging (Beleidsmedewerker 2008, persoonlijke communicatie).

Decubitus speelt een grote rol op de afdeling, dit komt ook doordat de wis-consulenten 'continu' op de afdelingen zijn. Decubitus is heel erg onder de aandacht van de verpleegkundigen volgens de pijn consulente. Doordat onder andere de wis consulenten er zo bovenop zitten, om decubitus te voorkomen en een adequate behandeling te geven, leeft het erg. Er wordt door verpleegkundigen uit henzelf al meerdere preventieve maatregelen getroffen. Dus er valt te zeggen dat de laagdrempeligheid in combinatie met registreren zorgt voor continue alertheid en beleving (Pijn consulente 2008, persoonlijke communicatie).

#### *Topic 4: aangeschreven*

In het interview is de vraag gesteld of zij denken dat een ziekenhuis beter staat aangeschreven wanneer decubitus in de instelling laag blijft. Verpleegkundige 2 denkt dat leken niet veel naar prestatie indicatoren zullen kijken, en het deze mensen niet erg beïnvloedt welke uitkomstmaat je hanteert en wat het resultaat daar dan van is.

Van alleen de registratielijsten invullen en prestatie indicatoren noteren wordt je volgens verpleegkundige 2 geen goed ziekenhuis. Er komt volgens deze verpleegkundige meer bij kijken.

Door middel van het registreren weet je wat belangrijk is in een ziekenhuis, en ook wat eventueel nog extra aandacht verdient. Wel geeft de teamleider aan dat wanneer je decubitus niet registreert het niet meteen wil zeggen dat je een slecht ziekenhuis bent, maar doordat decubitus ook meetelt in wat voor kwaliteit een ziekenhuis levert, zakken deze ziekenhuizen op de zogenaamde 'lijstjes' en worden zij als slecht gezien, terwijl dit niet het geval moet zijn. Je moet dus volgens haar tegenwoordig alles registreren om nog te kunnen scoren hierin (Teamleider 2008, persoonlijke communicatie).

Decubitus kan alleen goede informatie over een ziekenhuis geven als alles goed en eerlijk wordt ingevuld, anders kun je weinig zeggen over wat het voor een ziekenhuis betekent. Vaak zijn ziekenhuizen onderling niet goed te vergelijken, ook omdat het bij het ene ziekenhuis meer en vaker wordt ingevuld dan bij een ander ziekenhuis. Dat is volgens de beleidsmedewerker de reden dat een ziekenhuis niet per se beter staat aangeschreven met goede uitkomstindicatoren of hoger op een ranglijst komt als er uitkomstmaten zijn, zoals decubitus (Beleidsmedewerker 2008, persoonlijke communicatie).



De pijn consulente geeft als reactie op de vraag 'Denkt u dat een ziekenhuis beter staat aangeschreven als decubitus laag blijft?' dat zij dat niet denkt. Er zijn verschillende items waar op gescoord kan en moet worden, waardoor decubitus niet alles bepaalt. Het management vindt dit wel belangrijk en is er wel heel erg mee bezig. Volgens haar is de 'ervaren' kwaliteit belangrijker dan de kwaliteit (Pijn consulente 2008, persoonlijke communicatie).

#### **4.2.4 Welke opvatting bestaat er onder medewerkers in het ziekenhuis en verpleeghuis over het gebruik van het INK model?**

Hieronder wordt deelvraag 4 behandeld voor de verschillende disciplines werkzaam en geïnterviewd in het Vlietland Ziekenhuis. Allereerst de verpleegkundigen gevolgd door de teamleider en het afdelingshoofd, de beleidsmedewerker en de pijn consulente. De topics zijn: manier van werken, voor- en nadelen, focussen op leren en verbeteren en opvattingen over werkwijze managementmodellen.

##### *Topic 1: manier van werken*

De verpleegkundigen geven aan dat management modellen bijna niet leven op de werkvloer. Ook het INK model is geen model waarmee gewerkt wordt door hun. Mensen interesseren zich er niet voor en vaak hebben ze er gewoon geen kennis over, omdat ze dit tijdens hun opleiding niet uitgebreid hebben gehad. Dit geldt dan voornamelijk voor de mbo verpleegkundige opleiding.

De teamleider is van mening dat de afdeling altijd wel goed loopt, wel of geen model. Er is een goede structuur aanwezig, onder andere voor de manier van werken. Ze is zelf geen voorstander van het invoeren van het INK model op de afdeling, omdat zij op de afdeling de toegevoegde waarde er niet van ziet. Verder ziet zij ook in de andere lagen van het ziekenhuis de management modellen niet zo goed terug.

Vaak is het zo dat verpleegkundigen de modellen, waaronder het INK model wel kennen vanuit hun opleiding maar in de praktijk zijn ze vaak weinig herkenbaar. Het enige dat duidelijk te zien is op de afdeling is de plan do check act cyclus, maar dit wordt meer gezien als de normale manier van denken.

Het denken in stappen, in een cyclus, is vaak alleen nog in het management aanwezig volgens het afdelingshoofd, op de verpleegafdeling zie je dat nog weinig terug. Management denkt eigenlijk alles uit voor de verpleegafdelingen, waardoor vervolgstappen al worden uitgestippeld. *"Dit zou meer naar de verpleegafdelingen zelf moeten komen"* (Teamleider 2008, persoonlijke communicatie).

De beleidsmedewerker geeft aan dat zij in haar werk niet heel erg veel merkt via welk model er precies wordt gewerkt. Wel kent zij de modellen, en dat zij erin kan zien hoe de organisatie werkt en dan snap je wel dat daar een model aanhangt. Er is dus wel een bepaalde manier van werken, maar zij zou niet kunnen opnoemen welk model dan leidend is in de organisatie. Wel wordt er gebruik gemaakt van de prestatie indicatoren, waar uitkomstindicatoren ondervallen, zoals decubitus. Hier wordt veel mee gewerkt en gedaan en speelt een centrale rol in de manier van werken in het ziekenhuis. Ook wordt er gebruik gemaakt van bepaalde modellen om de inspectie inzicht te kunnen geven in de organisatie van het ziekenhuis. Zo worden de prestatie indicatoren geëvalueerd om zo verdere plannen voor het ziekenhuis te kunnen bepalen, doordat er wordt geleerd van het jaar ervoor. Op basis van de indicatoren ga je bespreken hoe het komt dat er een bepaalde uitkomst is behaald. Zo verander je van strategie om deze uitkomst te verbeteren.

Volgens de pijn consulente is het werken via een model nodig. Er is een continue cyclus nodig om niet te verzanden in gaten die zich in het proces bevinden. Op de vraag wat zij van het gebruik van het INK model vindt is een onderdeel van dit antwoord: *‘Je moet blijven verbeteren en je moet het ook kunnen aantonen, en daar heb je een handvat voor nodig, en zo’n model is een handvat’*. Vervolgens geeft zij aan dat je moet onderzoeken en ook moet kijken wat je vervolgstappen in de cyclus zijn. Ze gelooft dat je niet zonder model kunt (Pijn consulente 2008, persoonlijke communicatie).

### *Topic 2: voor- en nadelen*

Verpleegkundige 1 geeft aan als voordeel dat gespecialiseerde mensen tot een beleid kunnen komen met behulp van een model, dat later aangepast kan worden omdat de wond verandert, het verandert dus mee met de patiënt. Er worden extra stappen toegevoegd of veranderd wat bijdraagt aan verbetering van het proces van de patiënt en uiteindelijk ook tot de uitkomst.

Ook wordt er duidelijk dat verpleegkundigen vinden dat ervaring leert dat een bepaalde behandeling voor decubitus beter is voor de patiënt dan een andere, omdat je beter resultaat boekt. Het leerproces komt hier duidelijk in terug. Er wordt continu geleerd op de afdeling. En dit wordt opgepikt door alle andere verpleegkundigen, waardoor er een continu proces is. Als nadeel wordt genoemd, dat door via een cyclus te werken, het misschien juist vertragend werkt voor de patiënt, doordat je alles via een bepaalde structuur moet doen, wat niet leidt tot voordelen voor de patiënt.

Verpleegkundige 2 zegt dat het leren en verbeteren aspect een voordeel is van werken via het INK model, dit ook omdat de verpleegkundigen op de afdeling heel kritisch zijn, ook met

decubitus. Het leren en verbeteren is dan positief voor de afdeling. Er komen na overleggen altijd verbeterpunten naar voren voor de patiënt, die dan vervolgens weer uitgevoerd worden en waar na afloop van is geleerd. Maar soms is het niet helemaal duidelijk hoe een management model er aan hangt, omdat er altijd wel geleerd en verbeterd wordt bij verpleegkundige 2 op de afdeling.

Er wordt als groot voordeel genoemd, dat het werk door gebruik van een model verbetert, iedereen heeft er baat bij en de zorg voor de patiënt wordt beter.

Als nadeel wordt gezegd dat je niet teveel op één punt moet focussen omdat je de rest dan uit het oog kunt verliezen. *“Je moet oppassen dat je geen tunnelvisie gaat krijgen”*.

Het afdelingshoofd ziet in zijn ogen geen nadelen van het werken via het INK model, of welk willekeurig ander model dan ook. Als voordelen worden genoemd dat ook al werk je via een model de flexibiliteit toch wel behouden blijft op de afdeling. Ook geeft een model houvast, op de manier van dat je als verpleging niets kunt overslaan, omdat een model een goede leidraad is, en alles in de goede volgorde gebeurt. Wel is het volgens hem belangrijk dat er controle is op de uitvoering, dat er niks wordt overgeslagen en een plan in de la verdwijnt en er vervolgens niets meer mee gebeurt. Het zou dan goed zijn om een kwaliteitsmedewerker processen te laten bewaken, zodat de uitkomst optimaal kan zijn (Teamleider, afdelingshoofd 2008, persoonlijke communicatie).

Een voordeel is dat je misschien meer bewust wordt van uitkomsten, dat je dan gaat kijken hoe is dat gebeurd en wat moeten we eraan doen. Nadeel is dat er niet echt mee gewerkt wordt, vaak is het niet duidelijk dat er via een model gewerkt wordt, doordat het niet leeft bij verpleegkundigen (Beleidsmedewerker 2008, persoonlijke communicatie).

De pijn consulente geeft aan niet op nadelen te kunnen komen, wel is het zo dat een bepaalde lijn gevolgd moet worden, maar zij ervaart dat in haar werk juist als prettig. Verder ziet zij vele voordelen die ook naar voren komen in topic 1 ‘manier van werken’ waarin genoemd wordt dat je een handvat hebt en zo een continu proces volgt.

### *Topic 3: focussen op leren en verbeteren*

Verpleegkundige 1 geeft aan dat je eigenlijk met alles altijd aan het leren en verbeteren bent, mede doordat je leert van de fouten van anderen. *“Ook de wetenschap staat niet stil, hierdoor ben je continu aan het leren en verbeteren”*.

Mede door de invloed van buitenaf leert en verbetert een afdeling continu, dit staat wel los van het model, maar kan ook wel weer als onderdeel hierin gezien worden.

Verpleegkundige 2 vindt dat je niet alleen op leren moet focussen, maar ook goed moet kijken wat er op een moment al goed gaat. Zij merkt in haar werk dat verpleging al weerstand heeft tegen de prestatie indicatoren, en dat is niet goed. Er treedt al weerstand op bij het werken met prestatie indicatoren, en dat moet voorkomen worden, omdat anders straks het leren en verbeteren in verband met uitkomstindicatoren tegen gaat staan, en het zo niet meer als een positief instrument wordt gezien.

Focussen op leren en verbeteren wordt over het algemeen als goed gezien. De teamleider geeft aan dat ze graag verbetering ziet op de afdeling, mensen moeten iets opsteken van eerdere acties. Ook is zij voorstander van nieuwe mensen op de afdeling, omdat je zo ook weet meer kans hebt dat zij met verbeteringen komen of veranderingen wat zij graag ziet. Het afdelingshoofd geeft aan dat hij ook graag zou zien dat er meer gefocust wordt op bepaalde ziektebeelden, zoals pijn en ondervoeding. Maar ook zou hij graag zien dat er meer aandacht wordt besteedt aan bejegening. Verder geeft hij aan het wel goed te vinden dat er op leren en verbeteren wordt gefocust (Teamleider, afdelingshoofd 2008, persoonlijke communicatie).

Er zijn eisen van de inspectie waar je als ziekenhuis aan moet voldoen, dit heeft als gevolg dat je als ziekenhuis ook wel moet verbeteren. Dit bijvoorbeeld indien het ene jaar iets aangegeven wordt, moet je er wel een verbeterplan op schrijven en er actie op ondernemen om ook echt te verbeteren en te leren van fouten. *‘Dus we moeten ook echt verbeteren, wat beter kan in het ziekenhuis moet je ook doen’*. Ook wordt er besproken wat risico's zijn en hoe het moet worden opgepakt. Dus dan wordt er al geleerd en verbeterd voor er een fout is ontstaan, en dat is een continu proces wat goed is (Beleidsmedewerker 2008, persoonlijke communicatie).

Een ander punt dan eerder genoemd door de pijn consulente kan niet zo direct worden genoemd. Via een cyclus werken, zoals de plan do check act cyclus dat leren en verbeteren goed omvat en stimuleert. Op die manier versimpel je het INK model, waardoor het een logische manier van werken wordt en ook praktisch. Wel wordt vaak het evaluatiemoment vergeten, en als je dat vergeet klopt je model niet meer, ongeacht met welk model je werkt. Er moet altijd een evaluatie inzitten. Zo kun je zien wat er verschilt tussen wat je bereikt hebt en wat je wilt bereiken, wat dan een leermoment is. En erna kun je dit dan gaan verbeteren (Pijn consulente 2008, persoonlijke communicatie).

*Topic 4: opvattingen over werkwijze managementmodellen*

Op het gebied van decubitus wordt door het gehele ziekenhuis hetzelfde beleid gehanteerd. De wis consulenten zorgen voor kennis uitwisseling richting verpleegkundigen op de afdeling. Maar ook door de manier van werken leer je en op die manier kun je verbeteren. Verpleegkundige 1 is wel tevreden over de huidige manier van werken, ook al is niet geheel zichtbaar hoe hier een model wordt gehanteerd, de onderdelen worden wel herkend en op prijs gesteld, omdat het de werkwijze bevordert en ook een positief effect heeft op de zorg voor de patiënt.

Verpleegkundige 1 is ook tevreden over de algemene werkwijze van modellen in het ziekenhuis. Wel vindt zij dat het ziekenhuis nog niet goed inspeelt op het gedeelte 'vernieuwen', ze blijven volgens de verpleegkundige vaak hangen in gewoontes terwijl dit niet het beste voor de patiënt blijkt te zijn. *"We moeten vooral vernieuwen, dat is nog wel een punt"*.

Zij denkt dat een aantal verpleegkundigen op de afdeling wel geïnteresseerd zouden zijn als een model, zoals het INK model, op de afdeling geïntroduceerd zou worden en er echt via dit model moest worden gewerkt, maar anderen hebben er gewoon geen oog voor. Zij kijken alleen hoe kan ik de patiënt verzorgen en interesseren zich er niet voor via welke cyclus uit welk model dit dan gaat lopen.

Het afdelingshoofd vertelt dat er nog niet helemaal goed mee wordt gewerkt, en dit altijd beter kan. Er worden wel al veel dingen inzichtelijk gemaakt, maar verpleegkundigen moeten er meer zelf mee gaan werken. Maar het INK model moet dan wel zo in het systeem worden aangepast dat ze werken met een model dat goed toepasbaar is op de verpleegafdeling, en die zij zelf kunnen hanteren en begrijpelijk is.

*"Het hele INK is te breed voor ze, een plan do check act cyclus of een bepaald punt eruit nemen, zou wel goed zijn. Afbakenen dat moet gebeuren"*.

De teamleider geeft aan dat het belangrijk is dat er op afdelingen verbeterplannen en verbeterpunten per kwartaal geschreven worden. Dat er vervolgens een cyclus op gang wordt gebracht door een doel te formuleren, actie te ondernemen en achteraf te analyseren wat het heeft opgeleverd. Dat er echt verbeterpunten zijn die aangepakt gaan worden. Zo ontstaat er dan een leren en verbeter proces dat overal zichtbaar wordt. *"We zijn continu aan het verbeteren"* (Teamleider, afdelingshoofd 2008, persoonlijke communicatie).

Uit het interview met de beleidsmedewerker komt naar voren dat het belangrijkste is dat de cirkel rond komt, om zo een verbetercyclus op gang te krijgen. Het gebeurt wel al in het ziekenhuis op die manier, maar het kan ook beter. Hier moet meer op gefocust worden. Ook moet er voor gezorgd worden dat het ziekenhuis een veilige omgeving is, zodat je over

fouten en verbeteringen kunt praten. *“Dit zal wel per afdeling verschillen hoe ver ze hier in zijn, maar dat weet ik niet”*.

Vaak wordt er wel al via het model gewerkt, maar is het bij verpleegkundigen en andere werknemers niet bekend via welk model ze nu werken, omdat modellen onbekend zijn. Wanneer je studeert ben je meer thuis in modellen en het herkennen ervan dan op de werkvloer. Wel merkt de beleidsmedewerker dat mensen vaak iets doen uit een bepaalde visie en logica, omdat ze toch wel het model herkennen in hun onderbewustzijn (Beleidsmedewerker 2008, persoonlijke communicatie).

De werkwijze via een model wordt als prettig ervaren volgens de pijn consulente. Ook is het werken via een vast model, zoals het INK model, goed voor het ziekenhuis. Wel wordt er gezegd dat het altijd beter kan dan hoe het op dit moment gaat. Er wordt veel geïnvesteerd door het ziekenhuis in prestatie indicatoren, ook omdat dit een ‘hot item’ is volgens de pijn consulente, hiermee kun je als ziekenhuis scoren.

Het management moet zicht volgens haar niet meer met de afdelingen gaan bemoeien, want dat zou de druk op verpleging alleen maar groter maken. Er moeten gefaseerd dingen ingevoerd worden, dit blijkt uit ervaring van het ziekenhuis met invoeren van nieuwe projecten en modellen. De verpleging werd implementatie moe (Pijn consulente 2008, persoonlijke communicatie).

Voor het verpleeg- en reactiveringscentrum DrieMaasStede zijn dezelfde topics gebruikt tijdens de interviews, om zo beter overeenkomsten of verschillen te kunnen zien. Ook hier worden de verschillende disciplines om beurten behandeld. De verpleegkundige krijgen de opvolgende nummers 3 en 4 en zullen overal zo genoemd worden. Eerst zal deelvraag 1 behandeld worden, gevolgd door 2, 3 en 4.

Bij DrieMaasStede was de geïnterviewde verpleegkundige (nr. 4) tevens decubitusverpleegkundige, dit houdt in dat zij zich binnen DrieMaasStede gespecialiseerd heeft in decubitus.

### **4.3 Beantwoording deelvragen verpleeghuis**

In deze paragraaf wordt in de subparagrafen de deelvragen beantwoord voor het verpleeghuis DrieMaasStede.

#### **4.3.1 Wat is decubitus en hoe wordt dit gebruikt als uitkomstmaat?**

*Topic 1: omschrijving decubitus.*

Verpleegkundige 3 geeft aan dat zij decubitus ziet als een doorligplek waarin vier stadia zijn te onderscheiden. Verder geeft zij aan dat stadia 1 bekend staat als roodheid van de huid, dat er bij stadia 2 blaren bij komen, de plek open ligt bij stadia 3 en het daarna erger wordt. Verder geeft zij aan dat wanneer iemand risico loopt, bijvoorbeeld wanneer de patiënt op bed komt te liggen, of slechter gaat eten al preventieve maatregelen getroffen moeten worden, zoals speciale matrassen aanvragen.

Verpleegkundige 4 geeft aan dat decubitus doorligplekken zijn waarin verschillende gradaties te onderscheiden zijn.

De clustermanager geeft een summier beschrijving van decubitus door uit te leggen dat er ten eerste risico op decubitus kan zijn. Vervolgens zijn er verschillende stadia lopend van 1 t/m 4 die de ernst van de decubitus weergeven. Stadia 1 wordt omschreven als lichtste vorm en 4 als ernstigste vorm (Clustermanager 2008, persoonlijke communicatie).

De teamleider geeft aan dat decubitus verschillende stadia kent, van graad 1 t/m 4 (Teamleider 2008, persoonlijke communicatie).

*Topic 2: gebruik als uitkomstmaat.*

Decubitus wordt geregistreerd door eens in de drie maanden een decubituscore in te vullen. Hierbij worden vragen beantwoord, waardoor tot een uiteindelijke score wordt gekomen.

Wanneer de score boven de 10 is worden er maatregelen getroffen voor de patiënt, als de score onder de 10 blijft is er geen risico op decubitus voor de patiënt. Dit wordt als uitkomstmaat gebruikt, en naar aanleiding hiervan wordt gekeken waardoor deze patiënt hoog scoort en wat er aan gedaan kan en moet worden. Er worden preventieve maatregelen getroffen om te voorkomen dat ze ook werkelijk decubitus ontwikkelen.

Ook wordt er nagegaan wat er eerder goed heeft gewerkt, en wordt er gekeken of dat ook voor deze patiënt inzetbaar is. Hier is dus een leermoment te zien, door terug te gaan naar eerdere gevallen en wat daar is ingezet en wat daar de uitkomst van was.

Naar aanleiding van de score die uit de vragenlijsten is gekomen, wordt er ook een behandelplan ingevuld op een daarvoor bestemd blad in het dossier van de patiënt. Zo wordt

er een plan opgesteld wat vervolgens uitgevoerd gaat worden door de verpleging en erna weer gekeken of het voor deze patiënt werkt en het plan wordt zo nodig aangepast.

Verpleegkundige 4 geeft aan dat zij decubitus mede gebruiken om aan te geven hoe het gaat met de patiënt op een bepaald moment. Omdat decubitus belangrijk wordt gevonden op de afdeling schakelen zij meestal ook direct een diëtiste in om te praten over bijvoeding voor de patiënt (Verpleegkundige 3,4 2008, persoonlijke communicatie).

Volgens de clustermanager wordt er binnen DrieMaasStede meer naar het proces gekeken dan naar de uitkomstmaat. Wel wordt er gewerkt met prestatie indicatoren, deze geven de prestaties binnen de instelling weer, en worden ook doorgegeven aan de inspectie. De prestatie indicatoren worden verzameld door elke week op de afdeling formulieren in te vullen. Zo wordt bij elke patiënt een formulier ingevuld met de risico score voor decubitus. Dit werd ook eerder in dit hoofdstuk aangegeven door de verpleegkundigen. Deze uitkomsten worden bewaard in een database. En aan de hand van deze uitkomsten worden er acties ondernomen.

Ook al geeft de clustermanager weer dat er meer wordt gekeken naar het proces, het is ook zichtbaar uit hoe er met uitkomsten wordt omgegaan dat er zeker aandacht aan wordt besteedt, en vervolgens actie wordt ondernomen, wel in het proces om de uitkomst te verbeteren.

Om naar de uitkomstmaat decubitus te kijken, wordt er vaak ook gekeken naar de gehele conditie van de patiënt. Dan kun je beter aangeven of het goed of slecht met een patiënt gaat. Wanneer de conditie van de patiënt slecht is maak je je meer zorgen om de genezing ervan. Als de conditie van de patiënt goed is, is decubitus minder ernstig dan zoals hiervoor beschreven (Teamleider 2008, persoonlijke communicatie).

### *Topic 3: terugkoppeling*

Iedere dinsdag komt de arts met zijn assistent op de afdeling voor de decubitusronde. Er wordt dan nagegaan of er patiënten zijn met decubitus, en dan worden speciale behandelingen voorgeschreven door de arts. Elke volgende dinsdag wordt de behandeling geëvalueerd en gekeken of het gewerkt heeft of niet. Dit wordt in overleggen overgedragen aan de verpleging van de afdeling, zodat iedereen goed op de hoogte is.

Verpleegkundige 4 geeft tevens aan dat de wondbehandelingen worden voorgeschreven en zo nodig aangepast door de arts. Dit wordt gerapporteerd en in het overleg van dienstoverdrachten onderling besproken.

Wondbehandelingen worden aangepast door de arts. Vervolgens wordt dit in de rapportage gezet erna met de gehele dienstdoende verpleging besproken. Ook is het zo dat de decubitus verpleegkundige meeloopt met de arts bij zijn ronde over de afdeling, zodat er ook



iemand fysiek aanwezig was, zodat zij het nog beter kan overdragen aan de rest van de verpleging op de afdeling (Verpleegkundige 3, 4, teamleider 2008, persoonlijke communicatie).

In DrieMaasStede zorgt de teamleider voor de terugkoppeling van uitkomsten en gegevens naar het afdelingsteam. Deze is dus verantwoordelijk voor de verspreiding. Ook is het zo dat de prestatie indicatoren langs verschillende mensen gaan. Ze worden verzameld van de hele instelling, vervolgens maakt de beleidsmedewerker er overzichtelijke schema's van met uitleg erbij, waarna ze de organisatie ingaan als uitkomsten. De zorgcoördinator en de specialist kijken er ook naar voor er acties op touw worden gezet (Clustermanager 2008, persoonlijke communicatie).

#### ***4.3.2. Op welke manier kan het INK model in een verpleeghuis worden gebruikt en hoe moet deze worden toegepast bij uitkomstenmanagement***

Ook bij deze deelvraag worden de vragen per discipline beantwoord. De topics die hierbij gehanteerd zullen worden zijn: manier van werken met management model, bijdrage aan verbetering decubitus via vast model werken, overlegvormen en feedback vanuit het management.

##### *Topic 1: manier van werken met management model*

Verpleegkundige 3 geeft aan het INK model niet te kennen, maar wel te weten dat er in DrieMaasStede volgens een model wordt gewerkt. Zij herkent tevens een vaste manier van werken op de afdeling, zoals de manier van werken bij decubitus. Er wordt een plan vastgesteld, en na een week geëvalueerd en aangepast door de arts. Dit wordt vervolgens weer besproken.

Na uitleg van het leren en verbeteren aspect uit het INK model geeft verpleegkundige 4 aan het wel te herkennen. De manier van werken ligt dicht bij de plan do check act cyclus. Er is duidelijk dat er een plan, manier van werken wordt vastgesteld. En uiteindelijk wordt dit plan weer aangepast omdat er punten uitgekomen zijn bij evaluatie en er hiervan geleerd is en het plan wordt aangepast en opnieuw uitgevoerd. Er wordt geleerd van eerdere plannen en uitvoeringen.

De opvatting van de clustermanager over het werken met het INK model is dat er een gat zit tussen het management en de werkvloer. Zij kunnen niet allebei op dezelfde manier met één en hetzelfde model werken. Wel moet er een basis zijn, waar je vanuit kunt gaan en op terug kunt vallen (Clustermanager 2008, persoonlijke communicatie).

*“Het leren en verbeteren punt proberen wij wel te volgen, daar staan we ook open voor. We zijn een lerende organisatie waarin we ook fouten mogen maken, als we er maar van leren voor de volgende keer”.*

De clustermanager geeft dus aan dat zij wel ziet dat er gewerkt wordt via een model, maar niet zo specifiek dat de werkvloer weet dat ze via een INK model werken, of überhaupt via een model. Wel is het punt leren en verbeteren uit het INK model terug te zien in de manier van werken.

De teamleider geeft aan zelf wel te weten dat er via een model wordt gewerkt. Hij vertelt dat de organisatie dit moment aan het overstappen is van INK naar HKZ, en dat het de bedoeling is dat dit eind van het jaar gebeurt. Maar hij geeft ook aan dat mensen op de afdeling vaak geen idee hebben van management modellen en zich daar ook niet mee bezig houden, omdat zij puur bezig zijn met de patiënten verzorgen.

*“Wanneer een team vertelt wordt dat er een manier van werken plaats vindt, zijn ze niet in de methodiek geïnteresseerd, maar alleen wat de gevolgen voor hen zijn en ze willen precies weten hoe ze iets moeten doen”* (Teamleider 2008, persoonlijke communicatie).

#### *Topic 2: bijdrage aan verbetering decubitus via vast model werken*

Uit het interview blijkt dat verpleegkundige 3 wel een voorstander is van werken via een vast model, omdat er zo vaste punten zijn die gedaan moeten worden en je houvast hebt. Ook is het zo dat mensen er dan alerter zijn op decubitus. *“Er kan nagegaan worden of alles gebeurt en erna kan dit teruggekoppeld worden aan het team”.*

Verder blijkt dat er nu sowieso al elke dag gerapporteerd en geobserveerd wordt op decubitus. Dus er is al enige regelmaat en systematiek aanwezig.

Verpleegkundige 4 denkt ook dat het bij zal dragen aan de zorg rondom decubitus. Ook voornamelijk door het registreren, en dat er naar gekeken wordt en er wat mee wordt gedaan (Verpleegkundige 3,4 2008, persoonlijke communicatie).

De arts schrijft een bepaalde behandeling voor, waarbij ook initiatieven vanuit het team komen merkt de clustermanager. Dit komt onder andere doordat decubitus een belangrijk veiligheidsonderwerp is in DrieMaasStede waardoor er speerpunten worden geformuleerd op afdelingen. Op die manier draagt het bij aan verbetering, en ook doordat fouten geanalyseerd worden en het de volgende keer geprobeerd wordt beter te doen (Clustermanager 2008, persoonlijke communicatie).

De teamleider denkt dat het vooral voor zorgcoördinatoren effectief zou zijn, omdat er dan precies duidelijk is welke stappen zij moeten nemen. Voor verpleegkundigen niveau 3 bijvoorbeeld zou een model volgens de teamleider niet werken, omdat zij alleen

geïnteresseerd zijn in de uitvoering van zorg en niet de gedachtegang die er aan ten grondslag ligt (Teamleider 2008, persoonlijke communicatie).

### *Topic 3: overlegvormen*

Één maal per week is er de arts op de afdeling, die dan een ronde maakt met de decubitus verpleegkundige, indien afwezig loopt er een andere verpleegkundige mee. Hier wordt een rapportage van gemaakt, en dat wordt met de hele afdeling besproken en actie op ingezet. Ook moet de afdeling één maal per maand de prevalentie invullen volgens verpleegkundige 4. Als team moet er overlegd worden of er actie ondernomen moet worden.

Er worden ook klinische lessen over decubitus gegeven in DrieMaasStede waar iedereen van de verpleging naartoe kan. Deze lessen zijn niet verplicht, maar geven wel voorbeelden en hoe het gaat in de organisatie. Maar dit is geen vaste overlegvorm.

In DrieMaasStede zijn meerdere overlegvormen waarbij decubitus aan de orde komt. Zo is er eenmaal in de twee weken een overleg waarbij de teamleiders van alle afdelingen samenkomen en er gespreksonderwerpen zijn vastgelegd die aan de orde komen. Ook zijn er overleggen op de afdeling bij het overdragen, waarbij decubitus, indien aanwezig of risico, altijd wordt besproken. Hierbij is het afdelingsteam aanwezig en de rest kan de rapportage later nalezen. Ook is er één keer per jaar per afdeling een overleg waar het hele team aanwezig is en ook het management om zo over kwaliteit te praten en over kwaliteitsverbetering. Dan komt ook decubitus aan de orde en wordt alles besproken van hoe het gaat, tot wat ze kunnen doen.

Ook is er een stuurgroep decubitus actief binnen de organisatie waarin verschillende werknemers zijn geplaatst. Deze groep bespreekt de algemene gang van zaken op dat moment en kijken terug naar vorige periodes. Ook bekijken ze knelpunten en welke cyclus er op gang wordt gebracht om dit op te lossen. Verder worden hierover en over alle andere besproken dingen afspraken gemaakt, dit kan op afdelingsniveau zijn of organisatiebreed. Wat er besproken wordt, wordt teruggekoppeld naar elke afdeling, zodat het overal kenbaar wordt wat de plannen zijn, wie het uit moeten voeren, wanneer er een evaluatiemoment is en wat dan de gevolgen zijn (Clustermanager 2008, persoonlijke communicatie).

De teamleider geeft aan dat er één keer per week de decubitus ronde is, waarin patiënten met decubitus worden besproken. Ook is er de artsensite waarin decubitus nog eens extra wordt besproken, en waarin ook de genomen maatregelen uit de decubitus ronde worden besproken (Teamleider 2008, persoonlijke communicatie).

### *Topic 4: feedback vanuit het management*

Iedereen wordt er goed bij betrokken. Dat kan ook wel beter, maar het gaat redelijk goed.

Op de vraag of de afdeling ook feedback krijgt over de resultaten van decubitus vanuit het management antwoordde de verpleegkundige dat ze dacht dat dit niet het geval was. Uit inventarisatie binnen DrieMaasStede blijkt echt dat de prestatie indicatoren wel teruggekoppeld worden naar de teamleiders met resultaten van hun eigen afdeling. Dit is dus blijkbaar niet bekend bij alle verpleegkundigen. Want uit het interview met verpleegkundige 3 was het antwoord op de vraag of zij feedback krijgen:

*“Ja. We moeten er ook iets mee gaan doen. De teamleider geeft het door aan de clustermanager, en zo gaat dat omhoog de organisatie in. En weer terug. Ook wordt er vergeleken. Er wordt dan gekeken hoe het dan komt. We houden lijsten goed bij, als ze het van buitenaf komen controleren moet je alles op orde hebben”.*

De stuurgroep die beschreven werd bij topic 3 wordt onder andere ondersteund door de locatiemanager en de clustermanager. Deze mensen zijn de vertegenwoordiging van het management. En geven dan advies, feedback en voorstellen met betrekking tot decubitus. Op deze manier is het management betrokken bij het decubitusbeleid in DrieMaasStede. Het is ook belangrijk dat het management zich er ook in mengt, omdat het beleid uitgedragen moet worden door hen, de organisatie in (Clustermanager 2008, persoonlijke communicatie). Er worden aan de hand van de prestatie indicatoren lijsten opgesteld met uitkomstmaten die aan de teamleiders in speciale overleggen worden uitgedeeld. Hierop zijn de resultaten van alle afdelingen te zien. In dit werkoverleg waarbij alle teamleiders en het management aanwezig zijn, moet de betreffende teamleider tekst en uitleg geven over de behaalde resultaten. Er wordt feedback gegeven door de andere mensen en er wordt een passende oplossing bedacht om de volgende keer betere resultaten te boeken (Teamleider 2008, persoonlijke communicatie).

#### ***4.3.3. Wat levert het nemen van een uitkomstmaat, vooral decubitus, een ziekenhuis en verpleeghuis op?***

Hieronder worden de topics van deelvraag 3 behandeld onderverdeeld naar disciplines. De topics zijn: voordelen, betere informatie, stimulans en aangeschreven.

##### *Topic 1: voordelen*

Een voordeel van naar een uitkomstmaat kijken is dat wanneer je er niet naar zou kijken je het misschien sneller zou laten versloffen, omdat je er minder alert op bent (Verpleegkundige 3, persoonlijke communicatie).

Verpleegkundige 4 zegt *‘Ik vind uitkomsten belangrijk’*. Decubitus is een belangrijk onderwerp er moet naar gekeken worden. Ook omdat decubitus vaak voorkomt in

combinatie met andere klachten. Je moet er goed op letten (Verpleegkundige 4, persoonlijke communicatie).

Een voordeel van het kijken naar uitkomstmaten is dat je na een tijd een trend kan zien in de uitkomsten in de instelling. Zo is het in de organisatie bijvoorbeeld opgevallen dat op één afdeling decubitus relatief veel vaker voorkwam dan op andere afdelingen, je kunt dus opvallende gegevens eruit aflezen. Op die manier kan er dan actie worden ondernomen. Ook worden de gegevens van de prestatie indicatoren van het gehele verpleeghuis één maal per kwartaal besproken en vergeleken in het cluster werk overleg. Doordat je dus uitkomsten noteert kun je de uitkomsten naderhand bespreken en de oorzaken en gevolgen bepalen (Clustermanager 2008, persoonlijke communicatie).

Als voordeel noemt de teamleider dat je geconfronteerd wordt met decubitus en de cijfers. *“Op deze manier ben je verplicht om verantwoording er over af te leggen”*. Als voorbeeld blijkt dat een patiënt vier weken lang al decubitus heeft, omdat het al zo lang duurt, is de verpleging er gewend aan geraakt. Wanneer je dan geconfronteerd wordt met uitkomstmaten, in combinatie met een tijdslijn, roept dit vragen op. En moet er actief worden gezocht naar een oplossing voor het probleem (Teamleider 2008, persoonlijke communicatie).

### *Topic 2: betere informatie*

Verpleegkundige 4 geeft aan dat het gedeeltelijk iets zegt over de verzorging op een afdeling. Je kunt het niet altijd voorkomen bij patiënten, maar in principe geeft het wel een goed beeld over de zorg in de instelling (Verpleegkundige 4, persoonlijke communicatie).

Uit het interview met verpleegkundige 3 komt naar voren dat zij redelijk hetzelfde erover denkt als verpleegkundige 3. Zij geeft aan dat zij als het verpleeghuis goed bezig is met de zorg rondom decubitus, dat dan dus wel iets zegt over de kwaliteit van de zorg in het verpleeghuis. Wat je aan decubitus doet zegt ook of je goed bezig bent, omdat je als verpleeghuis wat moet ondernemen tegen decubitus.

Door uitkomstmaten heb je alles bij elkaar staan, en zie je in één blik wat er gebeurt in een verpleeghuis volgens de clustermanager. De hele situatie kun je met uitkomsten weergeven en dit maakt het plaatje compleet. Of het ook echt betere informatie geeft dat kan zij zo niet zeggen. Maar het geeft in ieder geval complete en goede informatie waar je iets mee kunt (Clustermanager 2008, persoonlijke communicatie).

Uitkomstmaten kunnen een vertekend beeld geven van de organisatie. Er moet ook op afdelingsniveau gekeken worden, naar onder andere de patiëntenpopulatie. Wanneer er drie mensen zijn met decubitus, wil dit nog niets zeggen over de afdeling, of over de kwaliteit van

zorg. Het gaat er dan ook om hoe dit is gebeurd en hoe lang de patiënten al decubitus hebben (Teamleider 2008, persoonlijke communicatie).

### *Topic 3: stimulans*

In het verpleeghuis worden de resultaten tussen afdelingen onderling niet vergeleken volgens verpleegkundige 4, omdat de afdelingen zo verschillend zijn. Op de ene afdeling lopen de patiënten terwijl op de andere afdelingen veel bedlegerige patiënten verblijven. Maar het is wel voor de afdeling zelf een stimulans dat er naar uitkomsten wordt gekeken, vooral ook omdat alles geregistreerd wordt voor de prestatie indicatoren, dan wil je toch een goed resultaat behalen.

Het antwoord op de vraag of het een stimulans is om decubitus te voorkomen als er naar gekeken wordt antwoordde verpleegkundige 4 met *‘Ja, als je ziet dat het hartstikke goed is, dan wil je dat zo houden. Ons streven die we nu hebben die drie mensen dat eruit te krijgen, vrij van decubitus te zijn. Als we geen score hebben, geen eindproduct van getallen, dan ben je er denk ik minder mee bezig. Om het goed te houden of om het goed te krijgen’*. Het blijkt dat verpleegkundigen het zeker als stimulans ervaren omdat ze met uitkomsten geconfronteerd worden, en het zo beter zichtbaar is voor iedereen, en ze er dan graag iets aan willen doen, of het liefst al een slechte uitkomst voorkomen.

Het feit dat uitkomsten genoteerd, gerapporteerd en achteraf bekeken worden zou een stimulans voor verpleging kunnen zijn om decubitus te voorkomen.

Wel is het volgens de clustermanager zo dat het vooral ook de wijze van communicatie vanuit het management is of de verpleging op de afdeling actie wil ondernemen of niet. Het is dus de manier van presenteren van de uitkomsten wat een rol speelt, en hoe het gebracht wordt, bijvoorbeeld niet het persoonlijk aanspreken van een verpleegkundige op de uitkomsten, maar als verbeterpunt brengen voor het gehele team. Wanneer het goed wordt gecommuniceerd en gepresenteerd zou het hebben van uitkomsten als stimulans kunnen werken (Clustermanager 2008, persoonlijke communicatie).

De teamleider denkt dat het feit dat decubitus wordt geregistreerd op de afdeling niet zo zeer een stimulans is, maar wel de beloning, het feit dat er geen decubitus gevallen zijn. En het feit dat het in DrieMaasStede gevierd wordt wanneer de afdeling tien weken decubitus vrij is. Het zou meer een stimulans kunnen zijn, de uitkomstmaten op zich, wanneer het personeel ook betere preventieve maatregelen kan nemen. En dat zit dan in het feit dat er geen goede materialen voor handen zijn op afdelingen, maar er met achterhaald materiaal gewerkt moet worden. Hierdoor is een stukje motivatie van de verpleging al verloren gegaan (Teamleider 2008, persoonlijke communicatie).

#### *Topic 4: aangeschreven*

Bij topic 4 werd onder andere de vraag gesteld of ze denken dat een verpleeghuis beter staat aangeschreven als de decubitus laag blijft. Verpleegkundige 3 gaf als reactie dat je tegenwoordig wel naar buiten moet treden met je cijfers, omdat je anders iets te verbergen hebt. En wanneer je er als verpleeghuis goed mee bezig bent, en de cijfers laag kan houden, dan kun je er ook mee naar buiten treden. Dit moet je dan ook laten zien als verpleeghuis, hoe jou zorg en kwaliteit er uitziet. .

*'Ik hoor wel eens dat mensen overlijden met hele grote plekken of dat mensen uit het ziekenhuis komen na een paar dagen met een plek omdat er niet opgelet wordt. Dat zegt toch wel iets over de kwaliteit'.*

Verpleegkundige 3 denkt decubitus maar een hele kleine rol hierin speelt. Maar dit is maar een idee, ze heeft er verder geen idee van.

De clustermanager is van mening dat lijsten waarin een top komt van verpleeghuizen heel vertekend kan zijn. Ze is van mening dat dit heel erg afhankelijk is van de zorgvisie en de patiëntencategorie. Omdat deze laatste een belangrijke rol speelt in het wel of niet aanwezig zijn van decubitus in een verpleeghuis. Decubitus zegt dus zeker niet alles, en bepaalt dan ook niet in zijn geheel hoe goed een ziekenhuis staat aangeschreven. Decubitus is wel heel belangrijk om te voorkomen, maar bijvoorbeeld ook depressie bij ouderen is een belangrijk speerpunt. En zo bepalen verschillende factoren of een ziekenhuis goed is aangeschreven. En geeft alleen een laag decubitus percentage niet geheel de kwaliteit van een verpleeghuis weer (Clustermanager 2008, persoonlijke communicatie).

De teamleider denkt van wel, doordat familie van patiënten altijd veel waarde hechten aan decubitus (en ondervoeding en incontinentie). Wanneer de decubitus laag blijft is dit dus goed voor een verpleeghuis. Maar er spelen uiteraard wel andere factoren mee die de positie van een verpleeghuis bepalen (Teamleider 2008, persoonlijke communicatie).

#### ***4.3.4 Welke opvatting bestaat er onder medewerkers in het ziekenhuis en verpleeghuis over het gebruik van het INK model?***

Hieronder wordt deelvraag 4 behandeld voor de verschillende disciplines werkzaam en geïnterviewd in het Vlietland Ziekenhuis. Allereerst de verpleegkundigen, gevolgd door de andere disciplines. De topics zijn manier van werken, voor- en nadelen, focussen op leren en verbeteren en opvattingen over werkwijze managementmodellen.

#### *Topic 1: manier van werken*

Verpleegkundige 4: "Ik denk dat het wel goed is, dan heb je structuur in je manier van werken." Verder noemt ze voordelen die in topic 2 zijn genoemd.

De clustermanager geeft aan dat management modellen vrijwel niet leven op de werkvloer. Werken via een model leeft niet onder verpleegkundigen, omdat ze vrijwel allemaal geen kennis ervan hebben en niet weten wel model er officieel wordt gehanteerd in DrieMaasStede.

### *Topic 2: voor- en nadelen*

Verpleegkundige 3 geeft aan dat zij als voordeel ziet dat je alerter bent. Je werkt via een vaste wijze en ook het registreren maakt je alerter. Ook is het zo dat je nog steeds je eigen inbreng hebt. Misschien is het zo dan mensen nerveus kunnen worden wanneer ze doorhebben via een bepaald model te moeten merken, maar dat ervaart zij zelf niet op die manier (Verpleegkundige 3 2008, persoonlijke communicatie).

Verpleegkundige 4 geeft aan geen specifieke nadelen te kunnen noemen. Ze denkt en merkt dat er geen weerstand komt van verpleging op het werken via een model. Het wordt dan als een normale werkwijze ervaren op de afdeling (Verpleegkundige 2 2008, persoonlijke communicatie).

Een voordeel van werken via een vast model zou zijn dat er een vaste structuur is in het verpleeghuis die ook overal zo gebruikt wordt. En het kan houvast geven aan de manier van werken. Het kan eventuele onduidelijkheden wegnemen, doordat er een vaste manier is waar altijd op teruggevallen kan worden en aangehaald kan worden.

Een voordeel voor een manager is ook dat er meer structuur is hoe bepaalde dingen moeten worden weergegeven. Je hebt bepaalde criteria waar aan voldaan moet worden als je via een model werkt. Nu is het misschien te sterk afhankelijk van de individuele invulling van een persoon.

Een nadeel kan zijn dat er weer hele andere vaardigheden nodig zijn als je via een vast model werkt dan die mensen nu hebben. En je moet mensen niet 'vastleggen', omdat ze heel divers zijn, en dan kunnen ze zich misschien niet meer goed verbreden. En tevens is de verpleeghuiszorg een onvoorspelbaar product die je niet via een hele strikte structuur moet willen leiden (Clustermanager 2008, persoonlijke communicatie).

### *Topic 3: focussen op leren en verbeteren*

Op de afdeling zijn er vaak leermomenten, waarbij geleerd wordt van eerdere patiënten op behandelingen bij patiënten of andere toepassingen waar lering uit wordt getrokken. Leren en verbeteren is zeker aanwezig.



Verder is verpleegkundige 4 van mening dat je niet alleen maar moet leren en verbeteren, maar erop focussen is wel belangrijk dat het gebeurt. Er vallen altijd dingen te verbeteren op de afdeling en binnen de organisatie volgens verpleegkundige 4.

Leren en verbeteren in een organisatie is altijd goed. Maar de clustermanager denkt dat mensen niet graag gewezen willen worden op negatieve dingen, dingen die fout zijn gegaan, maar liever dingen horen over positieve punten. Positieve aandacht wordt meer op prijs gesteld (Clustermanager 2008, persoonlijke communicatie).

#### *Topic 4: opvattingen werkwijze managementmodellen*

Over het algemeen is de opvatting van verpleegkundige 4 dat het goed werkt op de afdeling. Af en toe is er wel enige frustratie over het invullen van lijsten en bijhouden van gegevens voor de indicatoren. Maar er is wel duidelijk dat het nodig is, het is dus ergens goed voor. Wel is ze van mening dat lagere niveaus, zoals niveau 2 op de afdeling niet kunnen werken via een model, dit komt ook bijvoorbeeld doordat zij niet veel dingen zelf mogen doen, maar een niveau 3 of 4 verpleegkundige erbij moeten halen. Bij hen zal het dus niet zo leven en worden begrepen (Verpleegkundige 4, persoonlijke communicatie).

Over het algemeen denkt de clustermanager dat een management model een goede houvast is voor het management, maar niet voor de werkvloer omdat het daar te weinig speelt, en de vaardigheden niet aanwezig zijn om er mee te kunnen werken.

*“Het is voor de manager handig voor bij het toepassen van dingen, voorspellen, en geeft handvatten ook in het proces”.*

Door ervaring weet de clustermanager dat er wel modellen gebruikt worden als referentiekader, maar niet specifiek een bepaald model (Clustermanager 2008, persoonlijke communicatie).

## **Hoofdstuk 5 Conclusie en discussie**

### **5.1 Discussie**

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de triangulatie, de betrouwbaarheid en de validiteit van dit onderzoek.

Aan deze scriptie lag de doelstelling ten grondslag de relatie te beschrijven tussen de uitkomstmaat decubitus en het gebruik van het INK management model (onderdeel leren en verbeteren). En of het mogelijk is beter op uitkomsten te sturen bij het gebruik van een managementmodel. Aan de hand van de volgende vraagstelling wordt getracht de doelstelling te beschrijven:

*Wat voor bijdrage kan het INK model leveren aan het nemen van decubitus als uitkomstmaat op verpleegafdelingen in het ziekenhuis en op verpleegafdelingen in het verpleeghuis?*

Eerst worden in paragraaf 5.2 conclusies op de deelvragen geformuleerd. Daarna volgt in paragraaf 5.3 een antwoord op de centrale vraagstelling.

#### **5.1.1 Betrouwbaarheid**

In dit onderzoek zijn minder interviews uitgevoerd dan in de onderzoeksopzet was voorgesteld. De beleidsmedewerker in het verpleeghuis is niet geïnterviewd, waardoor deze discipline niet is belicht in het onderzoek.

Dit kan van invloed zijn op de betrouwbaarheid en validiteit van de conclusies naar aanleiding van de invalshoek van de beleidsmedewerker. De betrouwbaarheid en validiteit zijn namelijk groter wanneer er meerdere opvattingen van disciplines naast elkaar worden weergegeven.

Het aantal instellingen dat mee heeft gewerkt aan dit onderzoek kan eveneens de betrouwbaarheid en validiteit beïnvloeden. Het onderzoek is uitgevoerd in het algemene ziekenhuis Vlietland en verpleeghuis DrieMaasStede. Deze twee instellingen zijn belangrijke instellingen, qua omvang van de patiëntenpopulatie, in de regio Vlaardingen, Schiedam. De onderzoekssetting is wel klein, dus alleen representatief voor deze regio.

Het type onderzoek heeft een kwalitatief karakter. Dat houdt in dat resultaten onder andere zijn voortgekomen uit interviews. In interviews worden opvattingen of meningen van de respondenten naar voren gebracht. De daaruit getrokken conclusies kunnen minder valide zijn, omdat ze op meningen gebaseerd zijn. Wel maakten zij in hun antwoorden ook gebruik van feiten uit hun instelling.

### **5.1.2. Validiteit**

Om de validiteit te waarborgen zijn voor de interviews verschillende disciplines geraadpleegd. Hierdoor is een breder beeld van de werkelijkheid ontstaan. Echter door het uitvallen van 1 respondent, bestond er het gevaar dat de verhoudingen tussen de disciplines, in dit geval één discipline die niet aan het woord is geweest in DrieMaasStede, een vertekend beeld zouden kunnen geven. Dit is echter niet het geval, omdat de discipline clustermanager in DrieMaasStede veel over de taken van de beleidsmedewerker af wist.

Wanneer hetgeen dat in een onderzoek is gevonden, ook geldig is in andere omstandigheden, op andere plaatsen en bij andere onderzoekseenheden, is er sprake van externe validiteit. In dit onderzoek is er slechts een deel sprake van de mogelijkheid van generalisatie van de onderzoeksuitkomsten. De dataverzameling heeft alleen plaatsgevonden in verpleeghuis DrieMaasStede en het Vlietland ziekenhuis. Waardoor het onwaarschijnlijk is dat andere verpleeghuizen en algemene ziekenhuizen dezelfde uitkomsten zouden opleveren. Echter, uit de literatuur is op te maken dat over het algemeen in de gezondheidszorg dezelfde ideeën bestaat uit uitkomstenmanagement en het gebruik van management modellen, namelijk dat er sprake moet zijn van een geïntegreerde toepassing omdat dit leidt tot de meeste kwaliteitsverbetering (Grol 2001, Russel 1998. Walburg 2003)

Ook de geringe tijd heeft invloed gehad op dit onderzoek. Hierdoor zijn er bepaalde zaken blijven liggen, die wel aan de orde gekomen konden zijn wanneer er meer tijd beschikbaar was. Hierbij valt te denken aan een groter aantal respondenten, of meer disciplines.

## **5.2 Deelconclusies**

De deelconclusies zullen opgesplitst worden voor het ziekenhuis en het verpleeghuis.

### *1. Wat is decubitus en hoe wordt dit gebruikt als uitkomstmaat?*

#### **Ziekenhuis**

Decubitus wordt omschreven als doorligplekken op de huid bij de patiënt. Er zijn verschillende stadia bij decubitus. De minst erge graad is graad 1. Dit is een niet wegdrukbaar roodheid. Graad 2 is een blaas die zich heeft gevormd op de huid. Graad 3 is een open wond en graad 4 is een diepe open wond. Wanneer een patiënt decubitus heeft ontwikkeld, wordt dit genoteerd in het systeem. Dit gebeurt door het gebruik van prestatie indicatoren in de organisatie. Prestatie indicatoren zijn veelal uitkomstmaten. Decubitus is zo'n uitkomstmaat. Aan de hand van de uitkomst van de prestatie indicatoren vindt sturing

plaats op afdeling en in het gehele ziekenhuis. De terugkoppeling van uitkomsten vindt onder andere plaats via Wond-Incontinentie-Stoma consultants. Zij zijn speciaal opgeleid voor onder andere decubitus zorg. Op deze manier wordt er wat met de uitkomsten gedaan.

### **Verpleeghuis**

Ook in het verpleeghuis worden de vier stadia van decubitus genoemd. Decubitus wordt in de instelling geregistreerd en wordt mede gebruikt om de conditie van een patiënt op een bepaald moment aan te geven. Ook worden de resultaten verzameld voor de prestatie indicatoren die in het verpleeghuis worden gebruikt. Deze worden in een lijst van uitkomstmaten gezet en teruggekoppeld naar alle teamleiders. Die vervolgens de uitkomsten moeten verklaren en een verbeterplan ervoor op moeten stellen. Aan de hand van de uitkomstmaten worden er dus actieplannen opgesteld.

Bij een vergelijking met de literatuur is de classificatie van vier graden van het CBO (2002) terug te zien in de beschrijving van decubitus binnen de beide instellingen. Ook in de protocollen van beide instellingen is deze indeling te herkennen.

Er is ook te zien dat enkele bouwstenen uit Walburg (2003) zichtbaar zijn binnen de beide organisaties. Het vergelijken van resultaten met die van andere teams. Wanneer dit wordt opgevat als afdelingen met elkaar vergelijken, gaat dit op voor verpleeghuis DrieMaasStede waar een lijst met uitkomsten besproken wordt met alle afdelingen. Ook worden de resultaten geanalyseerd en naar aanleiding daarvan actieplannen opgesteld. Ook worden de resultaten beschikbaar gesteld aan de Inspectie en alle medewerkers.

*2. Op welke manier kan het INK model in een ziekenhuis en verpleeghuis worden gebruikt en hoe moet deze worden toegepast bij uitkomstenmanagement?*

### **Ziekenhuis**

Het blijkt dat de werkvloer weinig bekend is met management modellen. Het INK model wordt herkend maar als erg breed beschreven. Het is te breed om toe te passen op de werkvloer. De Plan Do Check Act cyclus zou een goede oplossing zijn voor de werkvloer om met het model te werken en te focussen op leren en verbeteren. Het leren en verbeteren aspect is terug te zien middels een goede registratie en behandelplannen voor de patiënten. En naar aanleiding van de uitkomsten verbeterpunten die uitgevoerd worden, gecheckt worden en geanalyseerd worden. Waarna de cyclus weer opnieuw doorlopen wordt tot een patiënt geen decubitus meer heeft. De prestatie indicatoren spelen een grote rol binnen het

ziekenhuis, omdat het resultaat oplevert. De cyclus toepassen via het INK model is dus wel geschikt op afdelingen volgens de respondenten.

### ***Verpleeghuis***

Verpleegkundigen binnen het verpleeghuis zijn niet bekend met het INK model, maar herkennen wel de plan do check act cyclus en de manier van werken ermee in hun werk. Ook leren en verbeteren wordt toegepast op de afdeling, door het hele team te betrekken nadat uitkomstmaten bekend gemaakt worden aan de hand van de lijsten van de prestatie indicatoren. Er mogen fouten gemaakt worden in de organisatie, en daar wordt altijd van geleerd.

Door via een model te werken in combinatie met uitkomsten, wordt er een systematiek gevormd voor onder andere verbeteren van fouten aan de hand van analyses. Door met een PDCA cyclus te werken heb je houvast om decubitus te verbeteren en dit vervolgens zichtbaar te maken in prestatie indicatoren.

In de literatuur wordt aangegeven dat het gebruik van een kwaliteitsinstrument zinvol is wanneer de impact van het model zichtbaar wordt in de resultaten van zorg (Russel 1998). Dit is precies de bedoeling van de PDCA cyclus toepassen als onderdeel van het INK model. De instelling is verbeteren en de kwaliteit verhogen, wat ook in Russel (1998) wordt aangegeven. De PDCA cyclus wordt vaak gebruikt in organisaties om concreet met het INK model aan de slag te gaan (CBO 2008). In het verpleeghuis is al te merken dat het werken via de PDCA cyclus goed zou worden ontvangen en dat deze manier van werken al enigszins aanwezig is op afdelingen. Op de werkvloer moet intensiever via de PDCA cyclus gewerkt gaan worden om betere sturing te hebben in de werkzaamheden. De PDCA cyclus is ook goed te gebruiken bij decubitus, door specifiek hiervoor een concreet plan op te stellen, vervolgens dit alles uit gaan voeren op de werkvloer via een vaste werkmethode, waardoor er eenduidigheid ontstaat, ook in het proces. Er moeten vaste check momenten ingebouwd worden om goed te kunnen sturen op de uitkomstmaat decubitus. Vervolgens moeten er weer verbeterpunten komen om zo optimaal resultaat te boeken. Ook moet er in de organisatie aangegeven worden dat er via deze cyclus gewerkt wordt en er kwaliteitsverbetering geboekt kan worden. Dit alles zou het sturen op uitkomsten kunnen bevorderen.

3. *Wat levert het nemen van een uitkomstmaat, vooral decubitus, een ziekenhuis en verpleeghuis op?*

### **Ziekenhuis**

Door uitkomstmaten te nemen wordt er meer aandacht gegeven aan onder andere decubitus. Door uitkomsten in je resultaten inzichtelijk te maken kan er meteen iets opvallen. Een slechte uitkomst geeft meteen stof tot nadenken. Hierna is het mogelijk om terug te denken naar het proces, en te bekijken waar het mis is gegaan. Er moet hierna iets gebeuren naar aanleiding van je uitkomst, wanneer er niets mee gedaan wordt heb je er niets aan als ziekenhuis. Ook door uitkomstmaten te gebruiken kun je naar aanleiding hiervan een actieplan opstellen. Waarna er een verandering op touw wordt gezet die vervolgens wordt geanalyseerd of dit beter werkt dan hetgeen voorheen werd gedaan. Op die manier kun je ervan leren.

### **Verpleeghuis**

Een voordeel van het kijken naar uitkomstmaten is dat mensen er meer bewust mee bezig zijn. Doordat zij de cijfers voor zich krijgen is het meer 'echt' voor ze. Ook is het een stimulans om te voorkomen dat decubitus aanwezig is of verergerd. Het is een stimulans omdat er systematisch wordt geregistreerd en terugkoppeling plaatsvindt van de resultaten vanuit het management naar het team. Vervolgens wordt er actie op ondernomen en is het belangrijk om te zorgen dat de volgende resultaten beter zijn.

Ook kun je door uitkomstmaten bij te houden een trend zien in je organisatie.

Familie van patiënten en buitenstaanders kijken tegenwoordig naar resultaten van een ziekenhuis en verpleeghuis om te zien welke kwaliteit van zorg ze leveren. Decubitus bepaalt een deel van de kwaliteit. En door uitkomsten inzichtelijk te maken voor een organisatie en buitenstaanders kun je laten zien wat een verpleeghuis of ziekenhuis kan leveren.

In de literatuur komt naar voren dat door uitkomstenmanagement je continu probeert je zorguitkomsten te verbeteren door je proces aan te passen. Wanneer er met een model gewerkt wordt en uitkomsten worden geregistreerd is dit precies wat men kan doen in een ziekenhuis en verpleeghuis. In Treurniet (1999) blijkt dat het richten op uitkomsten eventueel kan bijdragen aan een efficiëntere zorg. Dit blijkt ook uit de interviews dat wanneer men naar uitkomsten kijkt men er actiever en bewuster mee bezig is. Ook kunnen er naar aanleiding van uitkomsten acties worden ondernemen die bijdragen aan een betere en efficiëntere zorg. Klinische uitkomstmaten dragen aan ook bij aan het verbeteren van het behandelproces volgens Walburg (2003). Ook dit is in overeenstemming met de in de praktijk gevonden resultaten. Vaak wordt naar aanleiding van resultaten het behandelplan of het beleid aangepast en verbeterd tot het betere resultaten geeft.

4. *Welke opvatting bestaat er onder medewerkers in het ziekenhuis en verpleeghuis over het gebruik van het INK model?*

**Ziekenhuis**

Management modellen leven vrijwel niet op de werkvloer in het ziekenhuis. Dit heeft alles te maken met de toepasbaarheid van het INK model op de werkvloer. Het INK model toepassen via de PDCA cyclus op de werkvloer zou wel een goede optie zijn. Het management denkt nu nog te veel uit voor de werkvloer, dit zou meer naar hun toegebracht moeten worden en medewerkers zelf aan de slag laten gaan met het werken via een goed toepasbaar model, zoals de PDCA cyclus. Dit wordt dan als de normale manier van werken ervaren, maar waardoor er toch geen essentiële stappen kunnen worden overgeslagen, en er een continu proces van leren en verbeteren aanwezig is, omdat deze uitgedragen wordt via het model als het goed wordt toegepast. Er is een handvat nodig om niet te verzanden, en continu te verbeteren en dit ook te kunnen aantonen.

**Verpleeghuis**

Via een model werken brengt een bepaalde structuur in je manier van werken, ook op de afdeling. Bovendien maakt werken via een vaste wijze je alerter en bewuster over wat je doet. Op die manier heeft dit een positieve invloed op je uitkomstmaten.

Op afdelingen zijn vaak leermomenten, door via een model te werken wordt hier meer aandacht aan besteed en op gestuurd. Leren en verbeteren is onderdeel van je model, en leren houdt nooit op.

Ook is het werken via een management model handig voor het management voor het toepassen van beslissingen in de organisatie en het geeft handvatten in het proces.

De feedbackcyclus die te herkennen is in de organisaties door onder andere het leerproces, wordt ook benadrukt in de literatuur. De uitkomsten uit het zorgproces worden teruggekoppeld naar het team (Walburg 2003). Dit is ook het geval in het ziekenhuis en verpleeghuis.

In CBO (2008) wordt uitgelegd om met het INK model concreet aan de slag te kunnen in zorgorganisaties het verstandig is om dit via een verbetercyclus te doen, zoals via de PDCA cyclus. Deze cyclus wordt door meerdere disciplines genoemd en als effectief ervaren. Op deze manier worden problemen aangepakt en kan er verbetering plaatsvinden. En het verbeteren is terug te zien in het tiende aandachtsgebied van het INK model 'leren en verbeteren'.

### 5.3 Conclusie

Naar aanleiding van de deelconclusies volgt nu een antwoord op de eerder genoemde centrale vraagstelling:

*Wat voor bijdrage kan het INK model leveren aan het nemen van decubitus als uitkomstmaat op verpleegafdelingen in het ziekenhuis en op verpleegafdelingen in het verpleeghuis?*

Decubitus is in ziekenhuizen gedaald van 13,8% in 1998 naar 6,9% in 2007. In verpleeghuizen is dit gedaald van 10,3% in 2003 naar 6,9% in 2006. Dit is dus al flink gedaald maar kan zeker nog meer dalen (RIVM 2008, RIVM 2008). Het aantal decubitus gevallen is een betrouwbare maat voor kwaliteit in zorginstellingen (RIVM 2007). Dit wordt dan ook als uitkomstmaat gebruikt in zowel het Vlietland ziekenhuis en het verpleeghuis DrieMaasStede. Daar wordt gebruik gemaakt van uitkomstindicatoren, onderdeel van de prestatie indicatoren.

Er zijn verschillende methoden en instrumenten voor zorginstellingen om de kwaliteit van zorg te bewaken en de organisatie te sturen (Schellekens et al 2001). Het INK model is één van deze modellen.

Het INK model zorgt voor een gestructureerde manier van werken in een zorginstelling. Het INK model zelf lijkt niet goed te implementeren op een verpleegafdeling. De vraag wat er voor nodig is om het model wel te kunnen implementeren. Uit het praktijk onderzoek is de voornaamste reden dat het INK model niet bekend is bij de werknemers op de werkvloer zelf. Verpleegkundigen zijn geen voorstander van werken via een model, omdat zij het idee hebben dat het te ver af staat van de zorg, en dat is wat hen te doen staat; zorgen voor de patiënt. Uit de literatuur blijkt dat het INK model makkelijker geïmplementeerd kan worden door gebruik te maken van het meer praktische model Plan Do Check Act cyclus (CBO 2008). Dit is een werkwijze die op de werkvloer uitermate goed van pas zou komen. Meerdere respondenten geven aan de manier van werken, hoe de PDCA cyclus loopt te kennen of te herkennen in de huidige manier van werken. Doordat het al bekend is bij sommigen, zou dit model makkelijk ingezet kunnen worden op de afdeling. Ten eerste omdat de manier van werken lijkt op de huidige manier van werken, hierdoor hoeven verpleegkundigen zich minder aan te passen wat kan leiden tot minder weerstand van het model. Ten tweede kunnen uitkomsten positiever uitvallen, doordat je meer uitkomstgericht gaat werken. Decubitus komt nog altijd voor in zorginstellingen, en door via een PDCA cyclus te sturen op een afname ervan kan dit dus positief zijn voor het aantal decubitus gevallen. Personeel in verpleeghuizen hebben een hoge motivatie om decubitus te



voorkomen, ongeacht het opleidingsniveau (CBO 2002). Juist door dit aan te grijpen door met een model te werken zou dit versterkt kunnen worden en kan het de zorg goed doen. De PDCA cyclus zorgt voor een vaste manier van werken die kan bijdragen aan verbetering van de kwaliteit van zorg. Uitkomsten kunnen worden geanalyseerd en een nieuwe behandelmethode of manier van werken kan via deze cyclus worden ingevoerd. Er zijn vaste punten in het model die zorgen voor continue verbetering en leermomenten. Door via een model te werken in combinatie met uitkomsten, wordt er een systematiek gevormd voor onder andere het verbeteren van fouten aan de hand van analyses, doordat je vaste check momenten hebt ingebouwd.

Uitkomstmaten zorgen ervoor dat er meer aandacht op onder andere decubitus wordt gevestigd. Door uitkomsten in resultaten inzichtelijk te maken kan er iets opvallen. Een slechte uitkomst geeft stof tot nadenken. Waarna het mogelijk is dit terug te koppelen naar je proces en te kijken waar er een fout is gemaakt, om hier vervolgens van te leren. Deze leermomenten worden mogelijk door het gebruik van een model. Op deze manier wordt je gedwongen een vaste manier van werken in te voeren, waardoor leermomenten ontstaan over de werkwijze en analysemomenten om te kijken of deze werkwijze ook daadwerkelijk bijdraagt aan verbetering van zorg en uitkomsten in de instelling.

Door het gebruik van een model kun je bewuster omgaan met uitkomsten. Door de uitkomstmaat te gebruiken wordt je met je neus op de feiten gedrukt en door het gebruik van een model kun je er iets aan doen. Ook geeft het werken via een model een vaste structuur in de manier van werken. Op die manier kan onder andere decubitus verminderen in verpleeghuizen en ziekenhuizen en de zorg beter worden, doordat er actief op in wordt gespeeld en continu geleerd en verbeterd wordt in instellingen.

## Hoofdstuk 6 Aanbevelingen

Het is wenselijk meer en uitgebreider onderzoek te doen naar de bijdrage van het INK model in combinatie met uitkomstmaten en in het bijzonder decubitus. Dit onderzoek heeft alleen betrekking op het verpleeghuis DrieMaasStede en het ziekenhuis Vlietland. Wanneer er in meerdere organisaties onderzoek wordt verricht kan meer informatie worden verzameld over de manier waarop een management model kan bijdragen aan de kwaliteit van zorgverlening en hierdoor de uitkomst kan beïnvloeden.

Ook is het van belang verder te onderzoeken hoe meer verpleegkundigen denken over het gebruik van en werken met management modellen. Uit dit onderzoek bleek onder andere dat het INK model niet goed bekend was en daardoor ook niet goed toe te passen lijkt op afdelingen zelf, omdat het te groot en te complex is. Wel blijkt de PDCA cyclus bekend te zijn en de manier van werken veelal op de PDCA cyclus te lijken. Het is interessant om na te gaan of deze als vaste werkwijze in verpleeghuizen ingevoerd kan worden en of een grotere hoeveelheid verpleegkundigen bereid zijn via dit model te werken, om zo toch het INK model in organisaties te kunnen gebruiken, maar dan veel bruikbaar op afdelingen.

Op die manier wordt een model ook voor 'het niet-management gedeelte' in zorginstellingen levendiger en zou er meer steun kunnen zijn van iedereen.

Wel zou dan ook gekeken moeten worden of het INK model dan wel genoeg tot zijn recht komt, door op verpleegafdelingen alleen de PDCA cyclus uit te dragen. Ook is het interessant om te gaan kijken welke rol teamleiders kunnen spelen bij het implementeren van het INK model en de PDCA cyclus. Wellicht kunnen zij de verpleegkundigen overtuigen van de voordelen van een plan do check act cyclus.

Door uitwisseling van informatie kunnen op verpleegafdelingen in ziekenhuizen en verpleeghuizen management modellen, zoals het INK model, beter worden ingezet op de bijdrage aan verbetering van uitkomstmaten in de instellingen.

Ook het formeel vastleggen van het model waarmee gewerkt wordt is van belang. Het is belangrijk dat iedere medewerker weet via welk model er gewerkt wordt en wat de structuur is van een bepaald model. In de praktijk heerst vaak onduidelijkheid over het gebruik van modellen en het nut ervan. Door dit te formaliseren is het voor iedereen duidelijker en zien zij het nut er meer van in. En wanneer het model toepasbaar wordt gemaakt, of voor een PDCA cyclus wordt gekozen, kan er in de hele organisatie mee worden gewerkt. Het is van belang dat er een vaste werkwijze wordt gehanteerd waarbij een plan en doel aanwezig is, een vaste manier van werken, en een check moment en er vervolgens een vervolgplan is. Op deze manier zijn uitkomstmaten uitermate positief voor een instelling.

## Literatuurlijst

(DMS) 2004. *Handboek decubitus*.

(RIVM) 2007. *Decubitus Omvang van het probleem* [Internet]. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 27-09-2007 [20-10-2007]. Bereikbaar op [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o6374n18299.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o6374n18299.html)

(Vlietland Ziekenhuis) 2008. *Decubitus; behandeling wonden*.

(Tweede Kamer der Staten-Generaal) 2006. *Evaluatie Kwaliteitswet Zorginstellingen*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, 11-12-2006 [13-11-2007]. Bereikbaar op <http://www.ggzbeleid.nl/pdfkwaldo/28439nr17.pdf>

Baarda, D.B. & M.P.M. de Goede. 2001. *Basisboek Methoden en Technieken. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Houten: Stenfort Kroese, Educatieve Partners Nederland [derde druk].

CBO 2002. *Decubitus. Tweede herziening*. [Internet]. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2002 [18-04-2008]. Bereikbaar op <http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/folder20021023121843/decubitus2002.pdf>

CBO 2008. INK-positiebepaling. Een integrale doorlichting van een organisatie. [Internet]. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2008 [15-05-2008]. Bereikbaar op [http://www.cbo.nl/product/audit\\_visitatie/folder20020919181016/default\\_view](http://www.cbo.nl/product/audit_visitatie/folder20020919181016/default_view)

Creswell, J.W. 2003. *Research design Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Sage Publications: Thousands oaks.

Cullum, N et al. 2004. *Support surfaces for pressure ulcer prevention*. [Internet]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3. Art. No.: CD001735. DOI: 10.1002/14651858.CD001735.pub2. [17-04-2008]. Bereikbaar op <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001735/frame.html>

Donabedian, A. Explorations in quality assessment and monitoring (vol.1). The definition of quality and approaches to its assessment. Michigan: Ann Arbor, Health Administration Press, 1980.

GGD Nederland 2001. *Volksgezondheid en zorg*. Gemeentelijke Gezondheidsdienst, 21-12-2001 [13-11-2007]. Bereikbaar op <http://www.ggd.nl/ggdnl/paginaSjablonen/raadplegen.asp?display=2&atoom=9167&atoomsr=3&actie=2>

't Hart, H. et al. 1996. *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Boom

INK 2008. *De INK filosofie*. INK voor organisaties in conditie, 06-03-2008 [aangehaald op 02-04-2008]. Bereikbaar op <http://www.ink.nl/content/pagina.php?paginaID=1205&mainID=0&taalID=NL&referer=>

Lemmens, K., Van Dijk, A., Walburg, J. 2004. *Meer resultaat in het team*. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen.

Maso, I. & Smaling, A. 1998. *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom

Ministerie van VWS, 2006. *Reactie op Landelijke Preventie-meting Zorgproblemen 2006*. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 11-12-2006 [aangehaald op 13-11-2007]. Bereikbaar op <http://www.minvws.nl/kamerstukken/lz/2006/reactie-op-landelijke-prevalentie-meting-zorgproblemen-2006.asp?rss>

RIVM 2008. *Hoe staat het met de patiëntveiligheid? Percentage patiënten dat decubitus krijgt tijdens het verblijf in een ziekenhuis*. RIVM 2008, 14-05-2008 [aangehaald op 12-06-2008]. Bereikbaar op [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o7731n32961.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o7731n32961.html)

RIVM 2008. *Hoe effectief is de langdurige zorg? Vermijdbare zorgproblemen bij cliënten in verpleeg en verzorgingshuizen en gehandicaptenzorg (decubitus)*. RIVM 2008, 13-05-2008 [aangehaald op 12-06-2008]. Bereikbaar op [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o7702n32963.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o7702n32963.html)

Russel, E. 1998. The ethics of attribution: the case of health care outcome indicators. *Social Science Medicine* 47(9): 1161-1169.

Schellekens, W. & Everdingen, van. J. 2001. *Kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Schellekens, M.L.W. 2002. *De Balanced Score Card in zorginstellingen; sturen en beoordelen met Prestatie-indicatoren*. Scriptie BMG Erasmus Universiteit Rotterdam.

Treurniet, H.F., Mackenbach, J.P., van der Maas, P.J. 1996. *Gezondheid – gerelateerde kwaliteit van leven: een uitkomstmaat voor kwaliteitsbewaking?* Rotterdam: Letters Pre-publishing.

Treurniet, H.F. 1999. *Kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg: ontwikkeling van uitkomstindicatoren*. Amersfoort: Drukkerij Wilco.

Universiteit Maastricht – CVZ 2006. *Decubitus in de thuiszorg: ontwikkeling, implementatie, en evaluatie van 'best practices' op het terrein van de preventie en behandeling van decubitus in de thuiszorg*. [Internet]. Universiteit Maastricht – College voor zorgverzekeringen. [17-04-2008]. Bereikbaar op [http://www.cvz.nl/resources/rpt0606%20signalering%20hulpmiddelen\\_WOKrapport-decubitus\\_tcm28-21644.pdf](http://www.cvz.nl/resources/rpt0606%20signalering%20hulpmiddelen_WOKrapport-decubitus_tcm28-21644.pdf)

Walburg, J.A. 2003. *Uitkomstenmanagement in de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Wester, F. 1995. *Strategieën voor kwalitatief onderzoek*. Bussum: Uitgever Dick Coutinho.

Wolff, A. de 2004. *Bestuur en kwaliteitszorg*. Basisschool management jaargang 17, nr. 6 maart 2004.

## Bijlage I Vragenlijsten

Interviewvragen management/beleid

Om te beginnen:

- Wat is uw naam (deze wordt niet vermeld in de scriptie, alleen functie)?
- Wat is uw functie?
- Welke opleiding heeft u gehad?

*Bij deelvraag 1: - Wat is decubitus en hoe wordt dit gebruikt als uitkomstmaat?*

- Hoe zou u decubitus omschrijven?
- En hoe wordt er gebruikt als uitkomstmaat binnen het ziekenhuis/verpleeghuis?
- Hoe wordt er geregistreerd?
- Hoe vind er terugkoppeling naar medewerkers plaats?
- Wie houdt zich ermee bezig?

*Bij deelvraag 2: Op welke manier kan het INK model in een ziekenhuis worden gebruikt en hoe moet deze worden toegepast bij uitkomstenmanagement?*

- Bent u bekend met het INK model?
- Hoe zou u het INK model omschrijven?
- Hoe werken jullie ermee?
- Op welk punt focussen jullie met kwaliteit in het ziekenhuis?
- Denkt u dat als er via een vast model wordt gewerkt dit bijdraagt aan verbetering van decubitus? Zoals vaste terugrapportage om zo het leren en verbeteren proces te stimuleren?
- Zijn er speciale overleggen over decubitus?
- Hoe dragen deze bij aan een betere uitkomst, in dit geval decubitus?
- Komt er feedback van deze mensen, of uit het management naar afdelingen over de voortgang van decubitus?

*Bij deelvraag 3: Wat levert het nemen van een uitkomstmaat, vooral decubitus, een ziekenhuis en verpleeghuis op?*

- Wat vindt u een voordeel van naar een uitkomstmaat, zoals decubitus kijken?
- Geeft het goede/betere informatie over een ziekenhuis/verpleeghuis?
- Is het een stimulans om het te voorkomen als er naar gekeken wordt?

- Denkt u dat een verpleeghuis/ziekenhuis beter staat aangeschreven als decubitus laag blijft? Vooral met opkomende lijstjes over kwaliteit van zorg in ziekenhuizen en verpleeghuizen?
- 

*Bij deelvraag 4: Welke opvatting bestaat er onder medewerkers in het ziekenhuis en verpleeghuis over het gebruik van het INK model?*

- Op welke manier werkt u er mee of heeft u er mee te maken?
- Wat vindt u van het gebruik van het INK model?
- Welke voor – en nadelen zou u noemen?
- Zou u liever op een ander punt focussen of is het punt leren en verbeteren goed om op te richten als ziekenhuis/verpleeghuis?
- Wat is over het algemeen uw opvatting over de werkwijze in het ziekenhuis/verpleeghuis over het werken met het managementmodel?

## Interviewvragen verpleegkundigen

Om te beginnen:

- Wat is uw naam (deze komt niet in scriptie, alleen functie)?
- Wat is uw functie en op welke afdeling?
- Welke opleiding heeft u gehad?

*Bij deelvraag 1: - Wat is decubitus en hoe wordt dit gebruikt als uitkomstmaat?*

- Hoe omschrijft u decubitus?
- Komt decubitus vaak voor op de afdeling waar u werkt?
- Gebruiken jullie decubitus om aan te geven hoe goed of slecht het met de patiënt gaat?
- Wordt decubitus besproken onderling?

*Bij deelvraag 2: Op welke manier kan het INK model in een ziekenhuis worden gebruikt en hoe moet deze worden toegepast bij uitkomstenmanagement?*

- Kent u het INK model?
- Weet u dat er via een bepaald model wordt gewerkt of merkt u daar niet zoveel van
- Uitleg INK model
- Denkt u dat als er via een vast model wordt gewerkt dit bijdraagt aan verbetering van decubitus? Zoals vaste terugrapportage om zo het leren en verbeteren proces te stimuleren?
- Hoe wordt dit nu al gedaan in de organisatie?
- Welke overleggen over decubitus zijn er?
- Worden jullie er genoeg bij betrokken?
- Is er genoeg feedback van mensen uit het management of van mensen die over decubitus gaan of het goed gaat, beter t.o.v. van eerdere perioden?
- 

*Bij deelvraag 3: Wat levert het nemen van een uitkomstmaat, vooral decubitus, een ziekenhuis en verpleeghuis op?*

- Wat vindt u een voordeel van naar een uitkomstmaat, zoals decubitus kijken?
- Geeft het goede/betere informatie over een ziekenhuis/verpleeghuis?
- Is het een stimulans om het te voorkomen als er naar gekeken wordt?



- Denkt u dat een verpleeghuis/ziekenhuis beter staat aangeschreven als decubitus laag blijft? Vooral met opkomende lijstjes over kwaliteit van zorg in ziekenhuizen en verpleeghuizen?
- 

*Bij deelvraag 4: Welke opvatting bestaat er onder medewerkers in het ziekenhuis en verpleeghuis over het gebruik van het INK model?*

- Wat vindt u van het gebruik van het INK model?
- Welke voor – en nadelen zou u noemen?
- Zou u liever op een ander punt focussen of is het punt leren en verbeteren goed om op te richten als ziekenhuis/verpleeghuis?
- Wat is over het algemeen uw opvatting over de werkwijze in het ziekenhuis/verpleeghuis over het werken met het managementmodel?