

De HSMR als prestatie-indicator binnen het kwaliteitsbeleid

Student: Mieke Borst 310763
Opleiding: Master Zorgmanagement
Begeleider: Prof. Dr. R.A. Bal
Meelezer: MA S. Jerak-Zuiderent
Datum: juli 2009

Voorwoord

Deze scriptie is de afronding van twee jaar hard werken. Twee jaar geleden besloot ik om de studie Gezondheidswetenschappen te gaan doen. De combinatie werken en studeren was soms zwaar, maar is vooral erg interessant, leerzaam en inspirerend geweest!

Ik heb gekozen om een scriptie te doen in een ziekenhuis omdat ik zelf werkzaam ben in de ouderenzorg en ik erg nieuwsgierig was naar de organisatie van een ziekenhuis. Ik heb hier ontzettend veel van geleerd en het heeft mijn visie op de gezondheidszorg weer vergroot.

Allereerst wil ik Prof. Dr. Roland Bal en meelezend begeleider MA Sonja Jerak-Zuiderent bedanken voor de goede begeleiding met de snelle en grondige reacties en adviezen. Door jullie kennis heb ik veel geleerd.

Daarnaast wil ik de medewerkers van de Praktijkindex en het Albert Schweitzer Ziekenhuis die hebben meegewerkt aan dit onderzoek bedanken. Hierbij wil ik ook de heer R. So bedanken voor zijn medewerking en voor het regelen van de randvoorwaarden binnen het ziekenhuis.

Verder wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor het accepteren van mijn afwezigheid op sommige gezellige momenten. Vanaf nu heb ik daar weer tijd voor! Uiteraard wil ik ook Benjamin bedanken, voor zijn geduld en begrip gedurende de afgelopen periode.

De studie is afgerond. Het is nu tijd om samen met Benjamin te genieten van het kleine wonder dat zich al bijna vier maanden aan het ontwikkelen is!

Mieke Borst
juli 2009

Samenvatting

Het gebruik van prestatie-indicatoren heeft de laatste jaren steeds meer aandacht gekregen. De Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) is een uitkomstindicator. Dit is de ratio van de werkelijke sterfte van patiënten in een bepaald ziekenhuis gedeeld door de te verwachten sterfte. Momenteel is de HSMR nog niet opgenomen in de basisset indicatoren van de IGZ, echter zijn er al ziekenhuizen die hun HSMR op eigen initiatief naar buiten brengen. De HSMR kan gemeten en geanalyseerd worden aan de hand van Real Time Monitoring. (RTM). De HSMR kan ook gebruikt worden voor het intern sturen van kwaliteitsverbeteringen. Centraal in deze scriptie staat de vraag: *Hoe kan de HSMR met behulp van Real Time Monitoring gebruikt worden in het ziekenhuis om de prestaties en de kwaliteit van het ziekenhuis te verbeteren?*

Het onderzoek is uitgevoerd in het Albert Schweitzer Ziekenhuis in Dordrecht. Om de vraagstelling te beantwoorden is gekozen voor kwalitatief onderzoek. Door middel van interviews, een observatie en documentenanalyse is data verzameld. Er is onderzocht wat de rol van prestatie-indicatoren is binnen het kwaliteitsbeleid, op welke wijze de registratie en meting van uitkomsten tot stand komt en welke plaats de HSMR met behulp van RTM heeft binnen het ziekenhuis.

Binnen het Albert Schweitzer Ziekenhuis wordt gewerkt met een kwaliteitssysteem volgens het NIAZ. Er wordt veel gedaan aan het kwaliteitsbeleid, echter is een scheiding zichtbaar tussen beleid en praktijk. De PDCA cyclus staat centraal binnen het kwaliteitsbeleid. De fase van borging verdient aandacht en de cyclus is niet op alle afdelingen bekend. Om te kunnen leren met als doel het bewerkstelligen van kwaliteitsverbeteringen is een veilige cultuur van belang. Uit het onderzoek komt naar voren dat dit nog niet geheel het geval is.

Prestatie-indicatoren worden enerzijds gezien als een goede ontwikkeling en anderzijds als toename van de bureaucratie en het blijft iets van het management. Het aanleveren en vervolgens invulling geven aan de uitkomsten is nog te vrijblijvend. Het werken met prestatie-indicatoren is nog niet ingebed op de werkvloer. De NICE-registratie kan worden gezien als een goed voorbeeld voor het werken aan kwaliteitsverbetering aan de hand van uitkomsten van indicator.

Bij het registratieproces komt naar voren dat er een kloof bestaat tussen de specialisten en de codeurs. De codering van de gegevens vindt buiten de context van zorg plaats. Aandachtspunt is dat hierbij het op tijd en volledig aanleveren van gegevens niet altijd goed wordt uitgevoerd. Binnen het Albert Schweitzer Ziekenhuis wordt gaming niet zo zeer gezien als manipulatie, maar meer als interpretatie en subjectiviteit.

Implementatie van RTM vindt bewust bottom-up plaats zodat het gedragen wordt door de specialisten. Belangrijke voordelen van RTM die benoemd worden zijn inzicht in het processen en inzoomen op patiëntniveau. Als belangrijk nadeel wordt benoemd dat real time in de praktijk niet real time blijkt te zijn. RTM is een praktische tool om de kwaliteitskloof tussen beleid en praktijk te verminderen. Er vindt vervlechting van beleid en uitvoering plaats. Doordat kan worden ingezoomd op het proces en de patiënt is het een bruikbaar instrument voor specialisten en zegt het meer dan alleen als uitkomst een cijfer.

Summary

The use of performance indicators has had more and more attention the last few years.

The Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) is an outcome indicator. The HSMR is the ratio of the real mortality of patients in a certain hospital divided by the expected mortality. At the moment, the HSMR has not yet been placed in the basis set of indicators of the IGZ. However, there are certain hospitals who bring out the HSMR on their own consequence. The HSMR can also be measured and analyzed with the help of the Real Time Monitoring (RTM) and can be used for internal quality improvement.

In this research the following question is at issue: 'How can the HSMR, with the help of Real Time Monitoring, be used in the hospital in order to improve the performance and quality of the hospital?'

This research has been done in the Albert Schweitzer hospital in Dordrecht. In order to give an answer to the central question I have chosen to do a quantitative research. The data has been collected by means of interviews, an observation and document analyses. There has been examined what exactly the role is of Performance Indicators within the quality policy, how the registration and measuring of outcomes exactly come about and which place the HSMR has using RTM within the hospital.

Within the Albert Schweitzer hospital it is worked with a quality system of the NIAZ. Although much is done in order to improve the quality policy, a separation can be seen between policy and practice. The PDCA cycle is at issue within the quality policy. The phase of guarantee deserves attention and the cycles are not known on all departments. To be able to learn with the aim of actually improving quality, safe surroundings are very important. This research shows that this is not yet the case here.

Performance Indicators are on the one hand considered as a good development and on the other hand as an increase of bureaucracy and it remains something of the management. Supplying and giving interpretation to the outcome is still without engagement. Working with performance indicators has not yet embedded on the departments. The NICE registration can be seen as a good example of working on quality improvement by means of indicator.

At the recording process comes forward that there exists a gap between the specialists and the coder. The coding of the data takes place outside the context of care. Point of interest is that the on time and supply of data is not always carried out well. Within the Albert Schweitzer hospital gaming is not particularly considered as manipulation, but more as interpretation and subjectivity.

Implementation of RTM takes place bottom-up and this has been done consciously so that it has a basis by the specialists. Important advantages of RTM that are mentioned are the insight of the process and zooms in at the patient level. As an important disadvantage it is appointed that real time in practice does not prove to be real time. RTM is a practical tool to reduce the quality gap between policy and practice. Policy and implementation proceed in each other. Because there can be zoomed in on the process and the patient it is an useful instrument for specialists and it says more than a figure as an outcome.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting.....	3
Summary	4
1. Inleiding	6
1.1 HSMR	6
1.2 Kwaliteit van zorg	6
1.3 De Praktijkindex en Real Time Monitoring	7
1.4 Doelstelling.....	7
1.5 Vraagstelling.....	7
1.6 Leeswijzer.....	8
2.Theoretisch kader	9
2.1 Inleiding	9
2.2 Kwaliteitsbeleid.....	9
2.3 Registratie en informatie	15
2.4 De HSMR als prestatie-indicator	16
3. Methoden van onderzoek	18
3.1 Onderzoeksvorm en type	18
3.2 Onderzoekseenheid	18
3.3 Onderzoeksmethoden	18
3.4 Data-analyse	19
3.5 Validiteit en betrouwbaarheid	20
4. Resultaten.....	21
4.1 Inleiding	21
4.2 Kwaliteitsbeleid.....	21
4.3 Prestatie-indicatoren	27
4.4 Registratie van gegevens.....	31
4.5 HSMR en RTM	34
5. Discussie	41
5.1 Theoretische discussie	41
5.2 Methodologische discussie.....	46
6. Conclusie en aanbevelingen	47
6.1 Conclusie.....	47
6.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	48
Literatuurlijst	49
Bijlage 1: Interviewlijsten	52

1. Inleiding

1.1 HSMR

Op 29 november jongstleden kopte het Noord-Hollands Dagblad met 'Niemand wil ziekenhuis des doods'. Momenteel is een landelijke discussie gaande of de kans dat patiënten door een vermijdbare fout overlijden tijdens opname in het ziekenhuis openbaar moet worden gemaakt. Om de sterftcijfers te meten wordt gebruikt gemaakt van de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR). Dit is de ratio van de werkelijke sterfte van patiënten in een bepaald ziekenhuis gedeeld door de te verwachten sterfte. Het cijfer wordt gecorrigeerd voor opnamejaar, opnamemaand, leeftijd, geslacht, opname-urgentie, specifieke nevendiagnose, opnamediagnose, verpleegduur, verwijzer en sociale herkomst van de patiënt. Indien de HSMR boven de 100 uitkomt, dan betekent dit dat er meer patiënten sterven dan verwacht (Prismant 2008). Volgens den Ouden (2008) is de HSMR een instrument dat inzicht geeft in de kwaliteit van zorg.

De HSMR is ontwikkeld in Groot-Brittannië en vervolgens is het in Nederland ingevoerd door Prismant en de Praktijkindex in samenwerking met het Imperial College in London (Kool et al 2008). De introductie van de HSMR veroorzaakt onrust en onduidelijkheid, onder andere doordat de IGZ overweegt om de HSMR te gaan gebruiken als externe prestatie-indicator. Momenteel zijn er voor- en tegenstanders. Er wordt veel onderzoek gedaan naar de validiteit van de HSMR-methode, de voor- en nadelen en of de HSMR gebruikt kan worden om de prestaties van ziekenhuizen te vergelijken. Tot op heden is weinig onderzoek gedaan naar de wijze waarop HSMR gemeten wordt met behulp van Real Time Monitoring. De Praktijkindex geeft aan dat het gebruik van de HSMR nog niet optimaal plaatsvindt in de praktijk.

1.2 Kwaliteit van zorg

De laatste jaren wordt binnen de gezondheidszorg steeds meer aandacht besteed aan kwaliteit van zorg. De overheid hecht belang aan een kwalitatief goede gezondheidszorg en stelt daarom door middel van wetten en regels eisen aan de kwaliteit van de zorgverlening. Eén van die wetten is de Kwaliteitwet Zorgstellingen. Deze wet verplicht ziekenhuizen een adequaat kwaliteitssysteem in te voeren (VWS 1997). Ziekenhuizen moeten hierbij aan vier eisen voldoen:

- Er is sprake van verantwoorde zorg: zorg is doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht.
- Er is duidelijk kwaliteitbeleid met een omschrijving wie welke verantwoordelijkheid heeft.
- Er is een structureel kwaliteitssysteem aanwezig.
- Jaarlijks wordt een jaarverslag over de kwaliteit van zorg uitgebracht.

Technologische ontwikkelingen, het mondiger worden van patiënten, de toename van keuzemogelijkheden en opkomende concurrentie zorgen er ook voor dat de vraag naar kwaliteit van zorg toeneemt (VWS 1997).

1.3 De Praktijkindex en Real Time Monitoring

Momenteel ziet de Praktijkindex de HSMR vooral als een waardevolle uitkomstmaat voor interne veiligheidsbewaking en verbetering. Het is een middel om te gebruiken voor de interne sturing en kwaliteitsverbetering en niet zo zeer voor het vergelijken van de prestaties van de verschillende ziekenhuizen. De HSMR wordt weergegeven door middel van Real Time Monitoring. Dit is een instrument voor benchmarking en monitoring. Het geeft ook inzicht in sterftecijfers, heropnames, verpleegduur en dagopnameratio per diagnosegroep. Dit zijn uitkomsten van zorg die essentieel zijn voor kwaliteit en veiligheidsmanagement in ziekenhuizen. Er zijn momenteel elf ziekenhuizen in Nederland die gebruik maken van het meten van HSMR aan de hand van Real Time Monitoring (Praktijkindex 2008).

1.4 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het beschrijven en analyseren van de wijze waarop de HSMR met behulp van de Real Time Monitoring tot stand komt en gebruikt wordt in het ziekenhuis als interne prestatie-indicator. Deze beschrijving geeft inzicht in het dagelijkse gebruik van de HSMR in het ziekenhuis. De Praktijkindex kan de beschrijving gebruiken om het gebruik van de HSMR te evalueren en bij verdere invoering de HSMR optimaal te laten aansluiten bij de praktijk. Het ziekenhuis kan de beschrijving gebruiken voor het verder implementeren van RTM in het ziekenhuis. Aangezien de Inspectie voor de Gezondheidszorg overweegt de HSMR op te nemen in de basisset is het van belang te weten wat de dagelijkse praktijkervaringen zijn met de HSMR en de wijze waarop de HSMR in het ziekenhuis gebruikt wordt als interne prestatie-indicator.

1.5 Vraagstelling

In dit onderzoek wordt een antwoord gegeven op de volgende vraagstelling:

Hoe kan de HSMR met behulp van Real Time Monitoring gebruikt worden in het ziekenhuis om de prestaties en de kwaliteit van het ziekenhuis te verbeteren?

Met bijbehorende deelvragen:

1. Wat is de rol van prestatie-indicatoren binnen het kwaliteitsbeleid?

Om te kunnen kijken naar de bijdrage van de HSMR op de verbetering van de kwaliteit is het van belang te onderzoeken hoe het algemene kwaliteitbeleid is vormgegeven en hoe gewerkt wordt met prestatie-indicatoren.

2. Op welke wijze komt de registratie en meting van uitkomsten tot stand?

Bij het beantwoorden van deze deelvraag wordt in kaart gebracht hoe de registratie en meting daadwerkelijk in de praktijk plaatsvindt. Het gaat er om welke invloed dit heeft op de uiteindelijke prestatiemeting, wie zijn er bij betrokken en welke rol vervullen zij, wanneer en in welke frequentie

wordt er geregistreerd en gerapporteerd, wie voert de registratie uit, op welke wijze worden gegevens verspreid en speelt gaming een rol.

3. Welke plaats heeft de HSMR met behulp van RTM binnen het ASZ?

De HSMR wordt geregistreerd en vervolgens is het interessant om te onderzoeken wat er verder met de gegevens wordt gedaan. Vindt er een cyclisch proces plaats zodat het ook daadwerkelijk bijdraagt aan de uiteindelijke verbetering van de kwaliteit? Wordt de belfunctie uit Real Time Monitoring gebruikt? En zijn er al effecten zichtbaar van verbeteringen en is dit zichtbaar in de uitkomsten van Real Time Monitoring? Het is interessant om te onderzoeken wat de verwachtingen van de participanten zijn en hoe dit in de praktijk wordt vormgegeven.

1.6 Leeswijzer

Allereerst wordt in hoofdstuk 2 een weergave gegeven van het theoretisch kader. Vervolgens komt in hoofdstuk 3 de gebruikte methodologie aan de orde. De resultaten worden besproken in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 wordt de discussie beschreven. Tot slot worden de conclusie en aanbevelingen beschreven in hoofdstuk 6.

2.Theoretisch kader

2.1 Inleiding

Om de bijdrage van de HSMR met behulp van Real Time Monitoring aan het verbeteren van de kwaliteit en prestaties van het ziekenhuis te kunnen beschrijven is het noodzakelijk om een theoretisch kader te vormen. Allereerst wordt ingegaan op wat kwaliteitszorg is waarbij achtereenvolgens aan de orde komt: prestatie-indicatoren, prestatiemeting, de koppeling tussen prestatie-indicatoren en prestatiemeting en leren om te komen tot verbetering. Daarna wordt theoretisch ingegaan op registratie en informatie wat een belangrijke rol speelt bij prestatie-indicatoren. Tot slot wordt de HSMR besproken.

2.2 Kwaliteitsbeleid

- **Kwaliteitszorg**

Kwaliteit wordt in de literatuur op verschillende wijze gedefinieerd. Harteloh en Casparie (1998) geven de volgende definitie van kwaliteit: 'Er is sprake van kwaliteit indien een optimale verhouding bestaat van ervaringen ten opzichte van verwachtingen met betrekking tot een bepaald aspect van de gezondheidszorg'. Donabedian (1997) heeft veel werk verricht in de begripsontwikkeling van kwaliteitszorg. Hij verdeelt kwaliteit in drie aspecten: structuur, proces en uitkomst.

Zoals beschreven in de inleiding zijn ziekenhuizen verplicht uitvoering te geven aan een kwaliteitsbeleid door middel van een structureel kwaliteitssysteem. Met kwaliteitszorg wordt het aspect van de totale managementfunctie dat het kwaliteitsbeleid vaststelt en implementeert bedoelt. Het begrip duidt op een verzameling methoden en technieken die een organisatie aanwendt om de kwaliteit te bewaken of te bevorderen (Harteloh & Casparie 1998). Verheggen (2005) sluit hierbij aan en geeft aan dat kwaliteitszorg zich richt op de afstemming en samenhang in de organisatie en het managen van kwaliteit. Het gaat daarbij om verbeteren, verankeren en verantwoorden.

Voor prestatieverbetering is het op individueel niveau belangrijk dat de doelen duidelijk zijn en dat er voldoende betrokkenheid is om deze doelen te bereiken. Op teamniveau moet het accent liggen op de goede cultuur voor het team om samen te werken. Op organisatieniveau moet het team de beschikking hebben over de vereiste middelen en voorzieningen en ondersteuning om als team een goede prestatie te kunnen leveren. Dit betekent dat kwaliteitszorg op instellingsniveau organisatiebreed moet worden gestimuleerd, gecoördineerd en gefaciliteerd en moet niet te veel als 'iets extra's' worden opgevat (Verheggen 2005).

Er zijn verschillende methoden om het kwaliteitssysteem vorm te geven en te werken aan kwaliteitsverbetering. Voorbeelden van kwaliteitssystemen die in ziekenhuizen gebruikt worden zijn het INK-model, Balance Score Card en het HKZ. Harteloh en Casparie (1998) hebben de volgende

definitie van een kwaliteitssysteem: 'Het is een organisatorische structuur, verantwoordelijkheden, procedures, processen en voorzieningen voor het ten uitvoer brengen van de kwaliteitszorg.' Onderwijs en training, meten en registreren, richtlijnen en protocollen, procesbeheersing, tevredenheid van patiënten en tevredenheid van medewerkers zijn de belangrijkste elementen met een causaal verband van het kwaliteitssysteem (Harteloh en Casparie 1998).

Om cyclisch te werken aan kwaliteitsverbetering is een veel voorkomende methode de PDCA cyclus van Deming. De PDCA staat voor Plan Do Check en Act. De essentie van de PDCA cyclus is de systematische en objectieve aanpak. De cyclus bestaat uit vier fasen. De eerste fase is de plan-fase. In deze fase wordt vastgesteld welke doelen behaald moeten worden en hoe dat gerealiseerd kan worden. De tweede fase, de do-fase wordt gekenmerkt door het uitvoeren van het gestelde plan in de eerste fase. De derde fase wordt de check-fase genoemd. In deze fase wordt nagegaan en getoetst of de uitvoering verloopt zoals vastgesteld in de planfase. In de act-fase wordt gereageerd op eventuele afwijkingen en wordt het plan bijgesteld (Colsen 1992).

- **Prestatie-indicatoren**

Een indicator is een instrument om de kwaliteit van zorg te bewaken, te bevorderen en/of te verbeteren (Harteloh & Casparie 1998). Er zijn drie soorten indicatoren die gebaseerd zijn op de drie eerder genoemde aspecten van kwaliteit van zorg van Donabedian (1997). Bij structuurindicatoren gaat het om de voorwaardenscheppende factoren van de gezondheidszorg. Zij helpen beschrijven of de organisatie volgens de geldende standaard is opgezet. Het zegt iets over de kenmerken van een proces of een afdeling. Procesindicatoren zijn bruikbaar om te meten hoeveel behandelingen volgens de richtlijnen worden uitgevoerd. Uitkomstindicatoren geven informatie over de uitkomsten van zorg. Ze meten het effect op de gezondheid en het welzijn van de patiënt na een interventie (Mainz 2003, Colsen 1992). De HSMR kan gezien worden als een uitkomstindicator.

Prestatie-indicatoren hebben volgens Schellekens et al (2003) vier doelstellingen. Ten eerste geven ze de patiënten vertrouwen in de gezondheidszorg. Ten tweede kunnen patiënten kiezen voor de beste aanbieder. Ten derde is het een manier om verantwoording af te leggen. Als laatste is het een stimulans om de zorg te verbeteren. In het boek van Grol en Wensing (2007) worden drie doelstellingen genoemd die hierbij aansluiten. Interne kwaliteitsmeting, externe verantwoording en onderzoek en kennis vergroten. Bij deze doelstellingen worden door Schuurhuls (2008) kanttekeningen geplaatst omdat de resultaten van indicatoren met de bestaande systemen in de zorg niet betrouwbaar zijn.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen externe en interne indicatoren. Externe indicatoren richten zich op de doelstellingen externe verantwoording, onderzoek en kennis vergroten. Interne indicatoren richten zich op interne kwaliteitsmeting, het verbeteren van zorg en ook onderzoek en het vergroten van kennis. De HSMR kan gebruikt worden als interne en ook als externe indicator. Dit onderzoek richt zich op het gebruik van HSMR als interne prestatie-indicator. De HSMR is momenteel nog geen externe indicator in Nederland, echter overweegt de IGZ wel om deze te gaan opnemen als externe indicator.

• Prestatiemeting

Binnen het kwaliteitsbeleid van een organisatie speelt het meten van prestaties een belangrijke rol. De schakel tussen het kwaliteitsbeleid en prestatiemeting zijn prestatie-indicatoren, die zojuist zijn besproken.

Volgens de Bruijn (2001) is de centrale gedachte achter prestatiemeting dat een organisatie de beoogde prestaties formuleert en aangeeft hoe de prestaties kunnen worden gemeten met behulp van prestatie-indicatoren. Hierdoor wordt een organisatie ook daadwerkelijk gedwongen doelstellingen te formuleren. Vervolgens kan na het leveren van inspanningen duidelijk worden gemaakt of de beoogde prestaties en de bijbehorende doelstellingen zijn gerealiseerd. De Bruijn (2001) formuleert hierbij een viertal functies van prestatiemeting. Te weten:

- Prestatiemeting leidt tot transparantie.
- Prestatiemeting kan gebruikt worden om te leren.
- Op grond van de prestaties kan een oordeel worden gegeven over het functioneren van de organisatie.
- Oordeelsvorming kan worden gevolgd door een positieve of een negatieve sanctie.

Prestatiemeting geeft geen antwoorden, maar inspireert tot het stellen van de goede vragen. Het kan niet zonder kwalitatieve analyses. Aan de prestaties moet namelijk betekenis worden gegeven om te leiden tot verbeteringen. Hierbij is het niet sturend voor de oordeelsvorming, maar eerder faciliterend. (de Bruijn 2001)

• Prestatiemeting en prestatie-indicatoren

Volgens verschillende auteurs kunnen prestatiemetingen met behulp van prestatie-indicatoren niet alle verwachtingen waarmaken die tot nu toe worden gewekt. Maar bij goed gebruik kunnen ze de kwaliteit van de zorg wel helpen verbeteren en bijdragen aan het vertrouwen van patiënten in de zorg (Schellekens 2003). Volgens Kuhn & Siciliani (2007) wordt prestatiemeting met behulp van prestatie-indicatoren wel steeds meer gebruikt om de kwaliteit te reguleren.

Een indicator geeft niet de werkelijkheid weer. Een oordeel uitsluitend gebaseerd op indicatoren leidt snel tot verkeerde conclusies. Een afwijkende waarde van een indicator is een aanleiding om vragen te stellen en nader onderzoek te verrichten (Schellekens 2003).

Bevan & Hood (2006) geven hierbij aan dat op basis van bepaalde punten een bepaald domein in kaart wordt gebracht. Echter is het moeilijk om daadwerkelijk een meetinstrument te vinden en te ontwikkelen die weergeeft wat je wil meten. Met als gevolg dat een onvolledig en onnauwkeurig beeld ontstaat. Het gebruik van prestatie-indicatoren heeft laten zien dat er weliswaar op heel grote schaal data bijgehouden werd, maar dat er eigenlijk helemaal niets mee gedaan werd (Bevan & Hamblin 2008). Zorginstellingen zijn dermate complexe organisaties waardoor het vervatten in een beperkte set indicatoren onzinnig is. Het is volgens Bal (2008) dan ook onmogelijk om op basis van de uitkomsten van prestaties van een zorginstelling een uitspraak te doen over de gehele kwaliteit van de zorgverlening. Volgens de Bruijn (2001) zegt het produceren van cijfers ook niet veel over kwaliteit van de prestatie. Het streven naar realisatie van productiecijfers kan professionaliteit en kwaliteit zelfs schaden. Het probleem hierbij is dat effecten van interventies vaak moeilijk zijn te meten.

Volgens Bevan & Hamblin (2008) zijn er zes problemen met prestatiemetingen.

- Vaak kan het meest belangrijke dat gemeten moet worden niet gemeten worden doordat data gemanipuleerd wordt.
- Het vaststellen van welke prestaties binnen complexe organisaties meegenomen zouden moeten worden om de targets te kunnen meten is moeilijk.
- Vaak geven de indicatoren geen antwoorden maar zorgen ze juist voor nieuwe vragen en geven een incompleet beeld van wat er aan de hand is.
- Methoden om prestaties te meten zijn vaak complex en nauwelijks uit te leggen.
- Als prestaties neergezet moeten worden en daar een incentive aanhangt (straf of beloning) dan is manipulatie van data een veel geziene beweging.
- Het openbaar maken van het falen van ziekenhuizen zorgt voor een daling van het moreel van het personeel.

Uit een onderzoek van Hibbard et al. (Walburg 2006) bleek dat een aantal zaken aanwezig moesten zijn om prestatie-indicatoren te laten werken. Ten eerste moeten ze gepubliceerd worden zodat er over gepraat wordt en leidt tot verbeteringen. Bevan & Hood (2006) geven daarbij aan dat het publiceren van uitkomstindicatoren een stimulans is tot gaming. Ten tweede moet er een systeem zijn waarbinnen vergelijkingen kunnen worden gemaakt. Ten derde moet het gemakkelijk begrijpbaar zijn voor het publiek en als laatste is het van belang dat het opvolging krijgt door te rapporteren (Bevan en Hamblin 2008).

Een positieve werking van prestatiemeting is volgens de Bruijn (2001) dat er een interne discussie op gang kan komen over de bijdrage die verschillende activiteiten leveren aan de prestaties van de organisatie, het kan een prikkel zijn tot innovatie en het feit dat een organisatie doelen heeft kan een prikkel zijn tot verbetering van prestaties.

Prestatiemeting in uitvoerende organisaties kan een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van beleid en besluitvorming. De informatie kan behulpzaam zijn bij oordeelsvorming over prestaties of bij de vormgeving van beleid. De info kan eenzijdig en onbetrouwbaar zijn. Het leidt dus niet tot harde uitspraken, maar levert wel een bijdrage aan het streven om beleid zoveel mogelijk evidence based te doen zijn. Prestatiemeting biedt hierdoor een bijdrage aan de noodzakelijke verflechting van beleidsvorming en uitvoering. Dit bevordert vervolgens de kwaliteit van het beleid en de besluitvorming (de Bruijn 2001).

Het behalen van het doel, maar het missen van de bedoeling en de vermindering van prestaties op gebieden waar indicatoren niet op gebaseerd zijn wordt gaming genoemd. Hierbij vindt een verschuiving van de focus plaats. Gaming vindt met name plaats bij externe prestatie-indicatoren, echter komt het ook voor bij de interne prestatie-indicatoren. Volgens Bevan & Hood (2006) bestaan er drie gaming problemen. Te weten het ratched-effect: geformuleerde doelstellingen voor het komende jaar worden gebaseerd op resultaten van het afgelopen jaar, hetgeen dus radicale verbetering tegengaat. De Bruijn (2001) noemt als aanvulling hierop het fenomeen strategisch gedrag. Doelstellingen worden op zodanige wijze geformuleerd dat ze passen bij belangen op hoger niveau. Het tweede probleem is het threshold-effect. Hiermee wordt het effect van het stellen van prestatie-indicatoren op de verdeling van prestaties tussen verschillende afdelingen bedoeld. Goed presterende

afdelingen worden beloond en slecht presterende afdelingen worden onder druk gezet (of juist andersom). Het derde probleem is output distortions. Hierbij gaat het om vervalsing van uitkomsten. Het voorkomen van gaming kan bewerkstelligd worden door procesindicatoren te gebruiken naast uitkomstindicatoren. Tevens kan het gebruik van historische data gaming voorkomen omdat bij het opstellen van die data, deze gegevens nog niet gekoppeld waren aan de uitkomstindicator (Bevan & Hood 2006). Omdat ziekenhuizen vooruitgang willen zien, wordt de onderzochte data nog wel eens gemanipuleerd. Een voorbeeld van gaming bij sterftcijfers is dat patiënten eerder ontslagen kunnen worden uit het ziekenhuis waardoor deze patiënten elders sterven. Als ze in het ziekenhuis waren overleden dan zouden de cijfers hoger uitvallen. (Kuhn & Siciliani 2007)

- **Leren om te komen tot verbetering**

Binnen het kwaliteitsbeleid staat het komen tot verbeteringen centraal. Om te komen tot verbeteringen is het van belang dat er geleerd wordt, zodat de interventie ook daadwerkelijk leidt tot een verbetering. Om zicht te krijgen op hoe verbeteringen worden doorgevoerd en hoe de HSMR gebruikt wordt als interne prestatie-indicator kan worden binnen het kwaliteitsbeleid, is het van belang te weten hoe er geleerd wordt.

Volgens Bal (2008) kunnen er bij leren van indicatoren vraagtekens worden gezet. Zorginstellingen lijken indicatoren inderdaad te gebruiken om lokale kwaliteitsverbetering te bereiken. Hierbij stimuleren indicatoren het opstellen van meetbare doelstellingen om aan de hand daarvan tot concrete interventies te komen. Echter leren zorginstellingen om zich strategisch te positioneren ten opzichte van de indicatoren, waardoor de zeggingskracht van prestatie-informatie minder betekenis krijgt. Hierbij lijken leerervaringen juist te verminderen. Interacties tussen overheid en instellingen is gericht op controle in plaats van leren. Interessant om te weten is wat er nodig is om leren toch mogelijk te maken om te komen tot prestatieverbeteringen.

Het leren van het eigen handelen kan plaatsvinden door interne verantwoording. Andere functies van interne verantwoording zijn het verstrekken van informatie aan derden en het afleggen van rekenschap. Bij controle en rekenschap is sprake van een verticale verantwoordingsrelatie. Bij een horizontale verantwoordingsrelatie bestaat deze mogelijkheid niet, maar gaat het om kwaliteitsborginginstrumenten (WRR 2004). Hierbij is het van belang dat het individuele leren in verband staat met het organisatieleren want als het leerproces individueel blijft, leert de organisatie niets (Firth & Cortens 2001).

Volgens Audet et al. (2005) is verbetering van kwaliteit in de patiëntenzorg nog niet doorgedrongen tot de professionele cultuur. Artsen gebruiken data niet routinematig om hun prestatie te toetsen en keren zich tevens af om deze data te delen met anderen. Om de betrokkenheid van artsen bij kwaliteitsverbetering te versnellen moet de focus liggen op drie gebieden: capaciteit, opleiding en professionaliteit. Ook volgens Walburg (2006) bestaat er een groot gat tussen de potentie van kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg en de realiteit. Er zijn veel instrumenten beschikbaar om de kwaliteit van zorg te meten en te verbeteren, echter hebben ze alleen meerwaarde wanneer ze onderdeel worden van het normale functioneren van een ziekenhuis en wanneer de impact op de zorgresultaten zichtbaar wordt bij zowel de patiënt als de zorgverlener. Geïsoleerde toepassing van

instrumenten is achterhaald (Walburg 2006). Firth en Cozens (2001) sluiten hier ook op aan door aan te geven dat zorgorganisaties gekenmerkt worden door een cultuur van angst en wantrouwen als het om leren en verbeteren gaat.

In veel zorginstellingen wordt gebruik gemaakt van de PDCA cyclus om het leren binnen het kwaliteitsbeleid te bewerkstelligen. Vraag is echter hoe dit daadwerkelijk wordt vormgegeven. De inhoud van de PDCA cyclus is eerder in dit theoretisch kader uitgelegd.

Het doel van het meten van uitkomsten is medewerkers te stimuleren in het leren van hun werkervaringen door hen op de hoogte te stellen van uitkomsten van hun zorgproces en het continu verbeteren van resultaten in de zorg. Leren is een proces dat het ontstaan van impliciete en expliciete kennis verrijkt. De input van leren is kennis en de output van leren is verrijkte kennis. Volgens de theorie van Nonaka en Takeuchi (Walburg 2006) zijn er vier vormen van leren:

- Socialisatie: leren door imitatie, trial en error, samenwerken.
- Externalisatie: leren via taal, aangaan van de dialoog en het gebruik van klinische paden en protocollen.
- Internalisatie: leren door het te doen.
- Combinatie: studeren, nieuwe kennis ontwikkelen door te categoriseren.

Het leerproces kan op verschillende niveaus in een organisatie plaatsvinden. Het eerste niveau is het niveau van het individu. Dit uit zich in het verbeteren van werkmethoden en behandelresultaten. Het leren in een team is het tweede niveau. Het gaat hierbij om het ontwikkelen van collectieve kennis, vaardigheden en competenties (Walburg 2006).

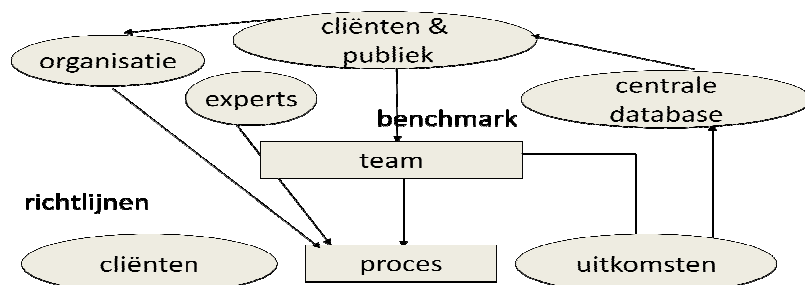
Volgens Argyris (1996) is het leren in een organisatie op verschillende manieren mogelijk. Een daadwerkelijke gedragsverandering onder invloed van kennis wordt double-loop learning genoemd. Indien er geen verandering plaatsvindt is er sprake van een single-loop learning. Hierbij wordt een fout ontdekt en gecorrigeerd. Deze vorm van leren verandert niet het zorgproces. Valide informatie over feiten en gevoelens, vrije en geïnformeerde keuze en innerlijk commitment bevorderen double-loop learning.

Goed functionerende teams met heldere en duidelijke verantwoordelijkheden en taken zijn bij de totstandkoming van leren van belang (Firth & Cozens 2001). Aanvullend hierop geven Wilderspin & Bevan (2006) aan dat verbeteringen plaatsvinden door het effectief werken van de gehele organisatie en niet door geïsoleerde teams. Binnen een team zorgt feedback over de resultaten voor het verbeteren van prestaties volgens Walburg et al. (2006). Hierbij worden vier feedback cycli onderscheiden.

- Gegevens teruggeven aan het team, zodat zij de resultaten kunnen evalueren.
- De resultaten vergelijken met andere instellingen.
- De resultaten door deskundigen laten analyseren.
- Resultaten publiceren zodat ze reacties krijgen van stakeholders waar ze van kunnen leren.

Walburg (2006) heeft een raamwerk ontwikkeld waarin een weergave wordt gegeven van performance management. Performance management richt zich op het continu verbeteren van uitkomsten voor de patiënt (Walburg 2006). Het model geeft weer hoe er geleerd kan worden. Binnen een organisatie zijn teams werkzaam. Een team is verantwoordelijk voor het proces. Deze processen brengen uitkomsten

met zich mee. Deze worden in een database gestopt en worden tevens teruggekoppeld aan het team. De database wordt al veel gebruikt voor externe verantwoording, maar nog weinig voor interne kwaliteitsverbetering. De cijfers zijn eigenlijk nog niet zo belangrijk, het gaat namelijk om de processen om tot kwaliteitsverbetering te komen. Interessant om verder te onderzoeken is, hoe dit raamwerk is in te passen binnen het kwaliteitsbeleid en de meting van de HSMR in het te onderzoeken ziekenhuis.



Figuur 2: Raamwerk van performance management (Walburg 2006)

Volgens de Bruijn (2001) kan een organisatie leren over haar eigen functioneren door confrontatie van informatie over output, outcome en kwalitatieve informatie. Komen uit deze drie bronnen geheel verschillende conclusies naar voren dan dwingt dit de organisatie tot reflectie en dient ze op zoek te gaan naar een verklaring waardoor de organisatie nogmaals kan leren.

2.3 Registratie en informatie

Bij het gebruik van prestatie-indicatoren kan het registreren van gegevens en het overdragen van informatie niet ontbreken.

Uit het onderzoek van Schuurhuls (2008) blijkt dat in de ziekenhuizen slechts beperkt de mogelijkheid bestaat om kwaliteitsindicatoren betrouwbaar, reproduceerbaar en vergelijkbaar te registreren. Er blijkt onder andere dat door tijdgebrek, onbegrip en weinig interesse van de werkvloer niet adequaat geregistreerd wordt. Grol en Wensing (2007) geven ook aan dat registratie van het handelen uitgevoerd kan worden door het invullen van registratieformulieren direct na het contact met de patiënt of de gebeurtenis. Hiervoor is het noodzakelijk dat er wel tijd voor beschikbaar is.

Een voorbeeld van gaming bij het registratieproces van sterftcijfers is de diagnose 'opcoderen'. Dit betekent dat de diagnose zwaarder wordt dan deze daadwerkelijk is. In het onderzoek van Kool et al. (2007) komt naar voren dat het monitoren en analyseren van de HSMR kan leiden tot het beter registreren.

Volgens Berg en Goorman (1999) moet informatie gebruikt worden in de context waarin het verzameld is. Het loslaten van de context waarbinnen de informatie gebruikt wordt is alleen mogelijk als de informatie ontward wordt. Echter zijn de informatie en de context met elkaar verbonden. De informatie kan minder betekenen of een andere betekenis krijgen als het in een andere context wordt gebruikt. Hierbij geven zij drie redenen waarom informatie gebonden is aan de context waarin het geproduceerd wordt. Ten eerste is dat doordat het doel van het produceren van informatie het gebruik van de informatie is. Ten tweede is dat doordat het inschatten van de informatie afhankelijk is van de waarde en interpretatie door een persoon. Dit is per persoon verschillend. Als laatste is dat doordat

informatie zich ontwikkelt bij het verstrijken van tijd. Harteloh en Casparie (1998) geven aan dat juiste interpretatie van gegevens alleen mogelijk is als de vertaling van de informatie goed gebeurt. Ellingsen en Monteiro (2003) sluiten aan bij Berg en Goorman (1999). Zij noemen kennis onstabiel. Kennis krijgt waarde en betekenis binnen een netwerk. De kennis uit registraties buiten de context van zorg is daarom moeilijk te interpreteren en te gebruiken. Currie en Suhomlinova (2006) benoemen dat het delen van kennis ook belemmerd kan worden door invloed vanuit instituties. Volgens Berg (2001) is het direct terugkoppelen van resultaten (uitkomsten van registraties) aan de betrokkenen nuttig voor kwaliteitsverbetering omdat zij degene zijn die de uitkomsten kunnen interpreteren.

2.4 De HSMR als prestatie-indicator

- **Ontwikkelingen rondom de HSMR**

Zoals benoemd in hoofdstuk 1 zijn er uiteenlopende opvattingen over het gebruik van de HSMR. De HSMR lijkt de ultieme uitkomstmaat om de kwaliteit en veiligheid van zorg van een ziekenhuis af te lezen. Echter kunnen ziekenhuissterfte en kwaliteit van zorg niet één op één worden vertaald en kan de HSMR niet gebruikt worden voor de interne analyse van sterfte volgens Geelkerken et al.(2008). Ook is de Nederlandse HSMR nog niet geschikt voor het vergelijken van de prestaties van de ziekenhuizen (Geelkerken et al. 2008). Alleen voor het volgen van trends in de tijd is de HSMR mogelijk een bruikbaar instrument. Voor dergelijke analyses is het volgen van de niet gecorrigeerde mortaliteit op ziekenhuis- of diagnosesniveau echter veel eenvoudiger en nauwelijks minder effectief. In tegenstelling tot Geelkerken (2008) is volgens het rapport van Prismant (2008) het in september 2008 vernieuwde HSMR-model wel voldoende valide voor ziekenhuizen. Er wordt namelijk per diagnosegroep gekeken welke variabelen significant zijn voor standaardisatie en er wordt gecorrigeerd voor de verwijzer. Ook de Inspectie voor de Volksgezondheidszorg (IGZ) is het niet eens met de stelling dat de HSMR niet bruikbaar is voor de interne analyse van sterfte (den Ouden 2008). Het doel van de HSMR is volgens den Ouden (2008) het geven van een verantwoorde prikkel tot verbetering van de kwaliteit (inclusief veiligheid) van de patiëntenzorg in ziekenhuizen. Dit sluit aan bij de ideeën van de IGZ en van Prismant. Ook Voort & de Jonge (2007) geven aan dat de verstrekking van gestandaardiseerde sterftcijfers aan ziekenhuizen zonder dat die openbaar worden gemaakt, leidt tot kwaliteitsverbetering. Volgens Kool et al (2007) is de constructvaliditeit van het Nederlandse HSMR model goed. De gegevens waarop de HSMR wordt gebaseerd zijn ontleend aan de Landelijke Medische Registratie (LMR).

- **De HSMR als uitkomstmaat**

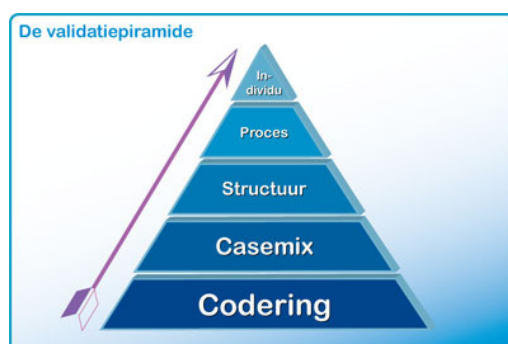
De kwaliteit van de diagnosecodering is over het algemeen goed, maar wisselt wel. De Praktijkindex en Prismant bekijken daarom altijd eerst of de codering op orde is. De validiteit van de HSMR blijft natuurlijk afhankelijk van de volledigheid en de juistheid van registratie. Deze factor ligt in handen van de ziekenhuizen. Ervaringen uit Engeland laten zien dat ziekenhuizen die hun gestandaardiseerde sterftcijfers monitoren en analyseren, beter gaan registreren (Kool et al 2007). Volgens den Ouden

(2008) moeten ziekenhuizen met een hoge HSMR hun zorgprocessen zorgvuldig tegen het licht houden. De HSMR is geen maat voor het falen van één specialist, maar een indicator voor het gehele zorgproces binnen het ziekenhuis.

Voort en de Jonge (2007) geven aan dat het toetsen van de betrouwbaarheid van het instrument een voorwaarde is om een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg. De betrouwbaarheid van de HSMR is erg belangrijk omdat een onjuiste te lage HSMR kan leiden tot het uitblijven van verbetertrajecten. Een te hoog cijfer leidt niet tot verbetering als het ziekenhuis het ter zijde schuift als een niet valide instrument. Een hoge HSMR is op zichzelf geen bewijs voor slechte zorg. Het kan wel een waarschuwing zijn voor mogelijk tekortschieten van zorgprocessen en kan kwaliteitsbevorderend werken als ziekenhuizen aan de hand van deze indicator hun zorgprocessen kritisch onder de loep nemen en waar nodig verbeteringen implementeren (Voort en de Jonge 2007).

- **Validatiepiramide van de HSMR**

Om de registratie van de HSMR te controleren en om te onderzoeken of er daadwerkelijk een probleem is bij een hoge HSMR heeft de Praktijkindex de validatiepiramide ontwikkeld. Bij een hoge HSMR adviseert de Praktijkindex om de stappen van onder naar boven te doorlopen. Het is van belang verschillende mensen uit het ziekenhuis te betrekken, zoals bijvoorbeeld de medisch directeur, de stafvoorzitter, een kwaliteitsmedewerker en een aantal specialisten (Keesman 2008).



Figuur 1: Validatiepiramide (Praktijkindex, 2008)

De eerste stap bij het doorlopen van de piramide is de codering. Hierbij wordt onderzocht of de codering goed is uitgevoerd en of dat deze verbeterd kan worden. De tweede stap betreft de casemix. Nagegaan wordt of het model standaardiseert voor casemix. Er kunnen specifieke patiëntkenmerken in het ziekenhuis zijn waar nog niet voor gecorrigeerd wordt en die de verschillen wel kunnen verklaren. Bij de derde en de vierde stap wordt bekeken of de structuur binnen de organisatie aanknopingspunten biedt die de afwijkingen kunnen verklaren. Vervolgens wordt het proces van de betreffende patiëntengroep onderzocht. De vijfde stap betreft het individu. Hierbij wordt op het niveau van de individuele zorgverlener gekeken of dit aanknopingspunten biedt voor het hoge sterftecijfer.

3. Methoden van onderzoek

3.1 Onderzoeksvorm en type

Voor het beantwoorden van de vraagstelling en de bijbehorende deelvragen is gekozen voor kwalitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek is gericht op het verkrijgen van betrouwbare informatie over een fenomeen in een bepaalde context door middel van interviews, observaties en documenten (Baarda & de Goede 2005). Het heeft een verkennend, beschrijvend en inzichtgevend karakter. Het is daarom een geschikte methode om in kaart te brengen welke bijdrage RTM kan leveren aan het verbeteren van de kwaliteit in een ziekenhuis. Tevens is het bij deze onderzoeksvorm mogelijk de vraagstelling en methodiek aan te passen bij nieuwe inzichten gedurende het onderzoek.

Als onderzoekstype is een casestudy uitgevoerd omdat de onderzoeker inzicht wilde verkrijgen in de omstandigheden van de case. Voor het verkrijgen van diepgaande informatie over de omstandigheden van slechts één geval is een casestudy een geschikt design (Creswell 2003). De situatie is onderzocht onder alledaagse omstandigheden en in zijn geheel. Hierdoor blijft er verwevenheid van relevante factoren, processen en interacties en worden de verschijnselen inzichtelijk gemaakt binnen hun specifieke context (Baarda & de Goede 2005).

3.2 Onderzoekseenheid

Het onderzoek is uitgevoerd in het Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht. Dit ziekenhuis werkt met Real Time Monitoring om de HSMR te meten en te analyseren. RTM is in januari 2008 aangeschaft. De toepassing bevindt zich in een beginstadium. Daarom is gekeken naar op welke wijze RTM gebruikt zou kunnen worden om te werken aan kwaliteitsverbetering. De keuze voor dit ziekenhuis heeft in samenspraak met de Praktijkindex plaatsgevonden.

3.3 Onderzoeksmethoden

Voor het empirisch onderzoek is op verschillende wijze data verzameld. Door vanuit verschillende invalshoeken gegevens te verzamelen, wordt een duidelijker beeld van de situatie gecreëerd (Baarda & de Goede 2005).

- **Documenten**

Om inzicht te krijgen in het gebruik van de HSMR in relatie tot kwaliteitsverbetering is het van belang om te weten wat hier over vermeld wordt in documenten. Alle aanwezige informatie over Real Time Monitoring en de HSMR is geanalyseerd. Aangezien de implementatie nog in een beginstadium verkeerde tijdens het onderzoek, waren er nog weinig documenten over RTM en de HSMR beschikbaar. Documenten waarin het kwaliteitsbeleid aan de orde kwam zijn geanalyseerd. Te denken

valt aan kwaliteitsverslagen, jaarverslag, jaarplannen, notities en beleidsstukken met betrekking tot het kwaliteitsbeleid en de HSMR. Ook zijn de documenten van de Praktijkindex geanalyseerd. Documenten zijn snel verkrijgbaar en kunnen gezien worden als schriftelijk bewijsmateriaal (Creswell 2003).

- **Interviews**

Er zijn dertien interviews gehouden met verschillende betrokkenen. De volgende functionarissen zijn geïnterviewd:

- | | |
|---|--------------------------------|
| - medewerker van de Praktijkindex | - assistent anesthesie |
| - cardioloog | - medisch manager/ intensivist |
| - intensivist | - divisie manager |
| - anesthesist | - twee codeurs |
| - manager leerhuis | - bestuurder |
| - kwaliteitsfunctionaris | - operationeel manager |
| - beleidsadviseur kwaliteit en veiligheid | |

De interviews zijn semigestructureerd aan de hand van een topic lijst uitgevoerd. Dit type interview zorgt ervoor dat alle relevante onderwerpen aan bod komen, waarbij de geïnterviewde voldoende ruimte krijgt voor eigen inbreng omtrent de HSMR en kwaliteitsverbetering.

De topiclijst is samengesteld vanuit het theoretisch kader en vanuit de gegevens die verkregen zijn uit de analyse van de documenten. De interviews zijn opgenomen op een voice-recorder en direct na afname volledig uitgewerkt.

- **Observatie**

Er is een semigestructureerde observatie uitgevoerd tijdens een scholingsbijeenkomst georganiseerd door de Praktijkindex. De observatiepunten zijn vooraf vastgesteld vanuit het theoretisch kader en de documentenanalyse. Hierbij heeft de onderzoeker de rol als observerend participant aangenomen. De reden hiervan is dat de onderzoeker ook vragen zou willen stellen indien dat nodig is op het moment van observatie. De observatie is opgenomen op een voicerecorder zodat hetgeen dat gezegd werd niet ter plaatste genoteerd hoefde te worden. Tevens zijn er veldnotities gemaakt die direct na de observatie schriftelijk worden uitgewerkt. Ook heeft de onderzoeker meegekeken met de codeurs tijdens het registeren en coderen van de medische gegevens. Tijdens de observatie zijn veldnotities gemaakt.

3.4 Data-analyse

Voor het analyseren van de documenten, de observaties en de interviews is gebruikt gemaakt het proces met de bijbehorende stappen van labelen volgens Baarde en de Goede (2005). De tekstfragmenten zijn voorzien van een omschrijving of een code. Vervolgens worden de verschillende codes samengevoegd en geordend in thema's. Vanuit het theoretisch kader zijn codes deductief gevormd. Deze worden gebruikt bij het analyseren van de documenten en observaties. Vanuit de

interviews worden inductief codes gevormd. Uiteindelijk worden de thema's samengevoegd om de verschillende deelvragen te beantwoorden en tot een conclusie te komen.

3.5 Validiteit en betrouwbaarheid

Het is van belang dat bij het doen van wetenschappelijk onderzoek gestreefd wordt naar objectiviteit. De verzamelde gegevens binnen de case-study moet voldoen aan de volgende kwaliteitscriteria: betrouwbaarheid, interne validiteit en externe validiteit (Segers & Hutjes 1995).

- **Validiteit**

Bij validiteit gaat het om de geldigheid van een onderzoek. Het gaat over de vraag of men meet wat men wil meten ('t Hart et al. 2005). Zijn de resultaten een juiste weergave van wat zich daadwerkelijk in de praktijk afspeelt? (Baarda et al. 2002) Er wordt een onderscheid gemaakt tussen interne en externe validiteit. Bij interne validiteit gaat het om de mate waarin resultaten geldig zijn voor de onderzochte populatie. Triangulatie, gebruik maken van meerdere databronnen verhoogd de interne validiteit (Baarda et al. 2002). Externe validiteit is de mate waarin resultaten generaliseerbaar zijn naar andere situaties. Binnen dit onderzoek is rekening gehouden met zogenoemde negatieve effecten. Tijdens de observatie is het bijvoorbeeld mogelijk dat participanten zich anders gaan gedragen dan dat zij normaliter doen. Dit wordt het Hawthorne-effect genoemd ('t Hart et al. 2005).

Binnen het onderzoek is de interne validiteit verhoogd doordat:

- Data- en methodetriangulatie is toegepast. Er zijn interviews gehouden, observaties zijn uitgevoerd en documenten zijn geanalyseerd.
- Interviews worden door dezelfde onderzoeker uitgevoerd en opgenomen op voicerecorder (audittrail)
- Tijdens de onderzoeksperiode heeft peer-debriefing plaatsgevonden door de resultaten voor te leggen aan de scriptiebegeleider.

Er is minder sprake van externe validiteit omdat het onderzoek wordt gehouden binnen één ziekenhuis met zijn eigen institutionele omgeving. De gegevens kunnen wel nader onderzocht worden om te bekijken of de uitkomsten ook van toepassing zijn op andere ziekenhuizen.

- **Betrouwbaarheid**

Bij betrouwbaarheid gaat het om de vraag of de waarnemingen beïnvloed worden door toevallige fouten of fouten die niet van systematische aard zijn. Betrouwbaar wil zeggen dat de onderzoeksmethoden in principe in orde zijn. Bij interne betrouwbaarheid gaat het om het consequent toepassen van methodieken en bij externe betrouwbaarheid betreft het de herhaalbaarheid van het onderzoek ('t Hart et al. 2005). Om de interne betrouwbaarheid van dit onderzoek te vergroten zijn de interviews en observaties door dezelfde onderzoeker uitgevoerd. Tevens wordt door het meelesen van de scriptiebegeleider en de medestudent bewerkstelligd dat er een duidelijke onderzoeksmethodiek wordt beschreven waardoor zowel de interne als de externe betrouwbaarheid vergroot.

4. Resultaten

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven. Allereerst wordt beschreven welke invulling en uitvoering wordt gegeven aan het kwaliteitsbeleid. Vervolgens wordt ingegaan op het gebruik van prestatie-indicatoren. In de derde paragraaf komt het registratieproces van de indicatoren aan de orde en tot slot wordt ingezoomd op de HSMR als prestatie-indicator in relatie tot RTM.

4.2 Kwaliteitsbeleid

In deze paragraaf wordt beschreven hoe het kwaliteitsbeleid er binnen het ASZ uitziet met de bijbehorende thema's die naar voren zijn gekomen uit het onderzoek.

- **Het kwaliteitsbeleid nader bekeken**

Het kwaliteitsbeleid in het ASZ is een integraal onderdeel van het meerjarenbeleid van het ziekenhuis en het medisch plan. Veiligheid, klantgerichtheid, toegankelijkheid, doelmatigheid, effectiviteit en transparantie zijn belangrijke aspecten waar aandacht aan wordt besteed. Speerpunten in 2007 waren veiligheid, gastvrijheid, transparantie en verantwoording. Er is een start gemaakt met het opstellen van een nieuw meerjarenbeleid voor het ziekenhuis en als afgeleide daarvan een meerjarenbeleid voor Kwaliteit, Veiligheid en Milieu. Verankeren, verbeteren, verantwoorden en integratie van Kwaliteit, Veiligheid en Milieu zijn en blijven ook de komende jaren belangrijk. Echter, ten gevolge van een bestuurscrisis is het nader uitwerken van het kwaliteitsbeleid voor de komende jaren uitgesteld.

Afgelopen jaren was een doel van het kwaliteitsbeleid het behalen van de NIAZ accreditatie en het invulling geven aan procesbeschrijvingen en procesmanagement. Dit is behaald en heeft geresulteerd in ziekenhuisbrede onderwerpen zoals gastvrijheid. Elke rubriek van de NIAZ bevat een aantal meetpunten met bijbehorende procesbeschrijvingen en documenten waarmee kan worden aangetoond in hoeverre aan die meetpunten wordt voldoen. In 2007 heeft het ziekenhuis de ziekenhuisbrede accreditatie van het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ) ontvangen. (Jaardocument 2007: 32)

Verankering van het kwaliteitsbeleid vindt plaats door:

- NIAZ kwaliteitsnorm Zorginstelling Instellingsbreed
- CCKL-normering Geïntegreerd Klinisch Chemisch Laboratorium
- HKZ Dialyse
- GMP-z Apotheek Positieve beoordeling
- IGZ
- ISO 9001 Apotheek In ontwikkeling
- NEN/ISO 13485 Centrale Sterilisatieafdeling In ontwikkeling

- NEN 7510 Norm voor informatiebeveiliging In ontwikkeling

Er worden verschillende tools gebruikt binnen het kwaliteitssysteem. Zo wordt gebruik gemaakt van indicatoren van het IGZ, worden de normen van de NIAZ gehanteerd en wordt voor bepaalde afdelingen een specifiek kwaliteitsstelsel gebruikt. Een voorbeeld hiervan is de dialyseafdeling die gecertificeerd is volgens het HKZ.

In het jaarverslag staat vermeld dat in 2007 een verbeterproject heeft plaatsgehad over 'prestatie-indicatoren extern en intern'. Binnen het kwaliteitsbeleid zijn in 2007 verschillende activiteiten uitgevoerd om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Er zijn gastvrijheidstrainingen gegeven, er zijn mystery guest visits ingezet, een nieuwe beloningssystematiek werd ingevoerd (pluim en smileys) voor medewerkers die extra gastvrij en veilig gedrag laten zien en er worden patiënttevredenheidsonderzoeken gehouden (Jaardocument 2007:38). In het ASZ zijn kwaliteitsfunctionarissen gekoppeld aan de verschillende divisies. De coördinator kwaliteit en veiligheid is verantwoordelijk voor de coördinatie en monitoring van de verbeteracties in het kader van NIAZ, HSMR/SMR en de IGZ rapportages. Vanuit de kadebief bespreken divisie managers met de operationeel managers wat de aandachtspunten voor het volgende jaar zijn. Deze kwaliteitsverbeterpunten worden vastgelegd in het jaarplan van de afdeling. Daarnaast wordt aan de operationeel manager gevraagd om op afdelingsniveau een activiteitenplan te ontwikkelen. Daarin moeten ze een aantal zaken meenemen die voortkomen uit bijvoorbeeld een risico inventarisatie, een interne audit, en een visitatie. Een keer in de vier jaar krijgt een afdeling een interne audit. Op basis hiervan moet opnieuw een actieplan gemaakt worden om het kwaliteitssysteem te verbeteren.

Om te werken aan het speerpunt kwaliteit en veiligheid wordt het veiligheidsmanagement-systeem ingepast in het kwaliteitssysteem. De aankomende drie jaar wordt gewerkt aan de tien landelijke thema's van het veiligheidsprogramma. In de periode 2009-2011 wordt als doel gesteld: het realiseren van inhoudelijke verbetering door uitvoering van verbeteracties naar aanleiding van de HSMR/SMR gegevens. Hierbij wil het ASZ een HSMR realiseren die beter is dan het landelijke gemiddelde (<90) (Veiligheidsprogramma 2008:7). Uit de interviews komt echter naar voren dat de specialisten zich eerst willen richten op interne implementatie van het gebruik van de HSMR met behulp van RTM alvorens de cijfers naar buiten te brengen (Veiligheidsprogramma 2008:29).

In het veiligheidsprogramma worden een aantal instrumenten benoemd om het veiligheidsplan te monitoren. Als instrumenten worden benoemd: meldingen van incidenten, interne audits, inspecties en visitaties en prestatie-indicatoren. Opvallend hierbij is dat RTM niet genoemd wordt als instrument, terwijl dit een geschikt instrument zou kunnen zijn. In de schematische weergave van het veiligheidsprogramma (2008:5) wordt RTM wel benoemd als ICT-systeem.

Binnen het veiligheidsprogramma staat de cirkel van Deming centraal. Als plan wordt benoemd het veiligheidsplan. Bij de do fase worden de volgende items benoemd: veiligheidsmanagement systeem, 10 landelijke thema's, scholing en training kennis en vaardigheden en inhoudelijke verbeteracties. Tijdens de check fase vindt monitoring plaats door middel van rapportages, indicatoren, HSMR/SMR, audits en inspecties. In de act fase worden verbeteracties geformuleerd naar aanleiding van de monitoring.

- **Kloof tussen beleid en praktijk**

Uit de interviews komt naar voren dat kwaliteit vooral iets is van de afdeling Kwaliteit en het management. Op de werkvloer lijkt het werken aan kwaliteitsverbeteringen nog een zwak punt. Er wordt wel aan kwaliteitsverbeteringen gewerkt, maar het lijkt geen geborgde plaats te hebben binnen de organisatie.

“Als het de afdeling aan gaat dan wordt er meestal ter loops wel wat gezegd. Het is niet zo dat men er uitgebreid bij stil staat. bv. ik noem maar iets, als er weer een heleboel infecties zijn, dan wordt iedereen wel met de neus op de feiten gedrukt, luister we moeten minder die OK in en uit gaan lopen (..) dat soort dingen wordt wel teruggekoppeld, maar niet op grote schaal, we gaan het over het kwaliteit van het werken hebben.” (anesthesie-assistent)

“Ik zit in een aantal commissies, dus ik ben een beetje bevooroordeeld, maar ik denk dat de awareness bij gezondheidswerkers op de werkvloer t.a.v. kwaliteit en kwaliteitsverbetering dat dat een heel zwak punt is in de zorg.” (medisch manager)

“Hier strookt het: we gaan het nu hebben over verbeteringen, hebben we nog punten? Klaar.” (medisch manager)

Uit het onderzoek komt naar voren dat de werkvloer praktische tool nodig heeft om op een praktische manier invulling te kunnen geven aan kwaliteitsverbeteringen. Op deze wijze worden de organisatorische en professionele componenten die onderscheiden kunnen worden bij kwaliteit geïntegreerd. Als kanttekening kan hierbij benoemd worden kwaliteitsinstrumenten die worden aangeboden vanuit het beleid, niet alleen helemaal over komen bij de werkvloer. Dit betekent niet dat er niet gewerkt wordt aan het verbeteren van de kwaliteit op de werkvloer. Uit de interviews komen voorbeelden naar voren waaruit blijkt dat er wel kwaliteitsverbeteringen naar voren zijn gekomen.

“NIAZ daar hebben specialisten niets mee. Dan kan ik praten als brugman maar ik zal ze nooit warm kunnen krijgen voor een NIAZ accreditatie.” (kwaliteitsmedewerker)

“Alleen het gevaar is dat je op papier alles in orde kan hebben, maar dat het tussen de oren nog niet zo is zoals het op papier staat. Maar wat je eigenlijk wil dat de mensen op de afdeling zelf bedenken, oh daar moeten we mee aan de slag en dat moet ik dus op gaan pakken, maar zo werkt het jammer genoeg niet.” (kwaliteitsmedewerker)

“Het verschilt, de ene afdeling is daar heel ver mee en een andere afdeling niet. Iedereen weet wel dat er tien veiligheidsthema's zijn, maar wat die nou precies inhouden. Behalve op het moment dat je daadwerkelijk langskomt, joh je hebt toch ook zo'n kaartje. Dan zeg ik dat is nou een van die tien veiligheidsthema's, oh ja. Soms zijn ze er al heel erg druk mee aan de slag zonder dat ze weten dat het daarbij hoort” (kwaliteitsmedewerker)

Uit de interviews blijkt dat het daadwerkelijk veranderen en verbeteren doorzettingsvermogen vraagt. Het volhouden van een verandering blijkt in de praktijk lastig. Medewerkers op de werkvloer moesten gestimuleerd worden door de kwaliteitsmedewerkers bij het behalen van de NIAZ accreditatie. Er wordt veel verwacht van de medewerkers op de werkvloer, de veranderingen volgen elkaar op en dat vraagt aan medewerker vermogen om te kunnen aanpassen.

“Dat de adviseurs zeiden je bent nog niet zo ver, kom op en dat mensen zeiden gadverdamme moet ik dat ook nog doen. Niet het doen omdat het gebeuren moet, maar niet doen omdat ze dan denken ik geef een impuls aan de kwaliteit van de afdeling. Dat kwaliteit een beetje een doemwoord werd.” (medewerker kwaliteit)

“Toen ik er mee begon, toen dacht ik er wordt een goed product neergezet, want we gaan met z'n allen werken aan de veiligheid van de patiënten. Ik heb ook in die aanloopperiode gezeten en ik was erg enthousiast en in die zes maanden ben ik steeds tegen dezelfde dingen

aangelopen. Er werden echt mappen vol met Save meldingen geschreven heel goed. Maar nu is het met een helling naar beneden want men heeft de tendens, er wordt niets mee gedaan, dus waarom zou ik de moeite nemen” (anesthesie-assistent)

“Ik hoor veel terug op de werkvloer. Ach er komt weer wat. Het een is nog niet achter de rug en het volgende staat alweer voor de deur. Ze worden soms ook wel een beetje moe van alle veranderingen die plaats moeten vinden, maar men ziet ook wel dat het ten goede is en dat het een doel heeft.”

- **Het borgen binnen de PDCA verdient aandacht**

Volgens een kwaliteitsmedewerker wordt op strategisch, tactisch en operationeel niveau gewerkt aan verbeteringen met behulp van de PDCA cyclus. In een kwaliteitsrapport staat per fase beschreven wat er gedaan wordt. In de plan fase gaat het om het beschrijven van het meerjarenbeleid, het jaarplan, de jaarplannen van divisies, de activiteitenplannen van afdelingen. Dit resulteert in begrotingen met doelstellingen. Er worden zoveel mogelijk SMART doelstellingen geformuleerd en dit wordt vertaald in aanpassingen van processen, in de uitvoering en verbetertrajecten. In de check fase wordt aan de hand van indicatoren, risico-inventarisatie, visitatie en interne audits bekeken of het beleid wordt uitgevoerd op zowel strategisch, tactisch en operationeel niveau. Als dat leidt tot de conclusie dat dat goed gaat moet dat geborgd worden en als het niet goed gaat moeten verbeteracties worden geformuleerd. Een voorbeeld dat genoemd wordt is het houden van een medewerkertevredenheid onderzoek. De score wordt dan teruggekoppeld per afdeling en vervolgens moeten de operationeel managers per afdeling verbeterpunten opstellen.

Het lijkt er op dat verbeteringen worden doorgevoerd, maar dat de borging nog wel eens achterwege blijft.

“We gebruiken het wel, maar ik moet eerlijkshalve zeggen en daar zijn we met elkaar helemaal niet goed in, we zijn heel goed om dingen in gang te zetten, te verzinnen en in gang te zetten. Het borgen is een groot punt.” (operationeel manager)

Tevens zijn medewerkers zich niet geheel bewust van de PDCA, maar dat betekent nog niet dat verbeteringen niet worden doorgevoerd. Medewerkers kunnen heel goed een plan opstellen en dat evalueren op operationeel niveau, echter zich niet bewust zijn van het feit dat dit binnen de PDCA cirkel van Deming is te plaatsen. Op de IC wordt bijvoorbeeld een permanent patienttevredenheidsonderzoek gehouden. Iedere week wordt een korte vragenlijst aan de patiënten en familieleden uitgereikt en aan de hand daarvan worden verbeteringen uitgevoerd.

Specialistische verpleegkundigen op de afdelingen richten zich op de kwaliteit rondom het specialistische onderwerp. Hierbij houden zij protocollen bij en voeren ze audits uit om te bekijken of richtlijnen worden gehanteerd. Dit kan gezien worden als het werken met de PDCA cyclus op operationeel niveau.

“Het verwordt hier en daar tot een trucje. Dat de cirkel omgekeerd loopt. Eerst een resultaat en dan wordt uitgelegd dat dat een plan was. Als ik dan naar de cirkel kijk, dan vraag ik mij wel eens af wie heeft daar eigenlijk wat aan. Het systeem wordt het dominante ding in plaats van waar het eigenlijk om ging.” (bestuurder)

“PDCA wordt niet integraal en volledig toegepast. Het wordt wel gedaan, maar onvoldoende vind ik. Er wordt nog te veel op vakmanschap, zo doen we het al heel lang, vanuit een bepaalde autonomie en die zitten niet in het cyclus” (divisiemanager)

“Ik denk met name dat we de check beter moeten invullen. Dat is ook best een hele lastige klus. Als je met name op operationeel niveau kijkt, daar is het zo dat men nog niet zo ver is dat men voldoende goede indicatoren heeft ontwikkeld die ook daadwerkelijk iets zeggen over de dagelijkse processen. Dat moet nog verder ontwikkeld worden.” (kwaliteitsmedewerker)

“Ik moet eerlijk zeggen ik heb die cyclus eens op het bord zien staan bij de medische staf voor de rest heb ik er nooit iets over gehoord.” (specialist)

“We zijn erg innovatief, we willen graag nieuwe dingen doen, maar dat we daar nog wel eens te snel in gaan als management, zonder dat het team daar echt goed betrokken bij is geweest.” (operationeel manager)

- **Veilig leren is nog niet vanzelfsprekend**

Het leren om te komen tot verbeteringen binnen de organisatie verschilt sterk per afdeling. Tijdens een interview wordt benoemd dat op klinische afdelingen de hiërarchie groter is waardoor leren belemmerd wordt. Bij het leren komt naar voren dat de VIM meldingen centraal staan. Door meerdere respondenten wordt dit benoemd als zijnde een instrument om te leren van fouten en te komen tot verbeteringen. Leren verschilt ook per medewerkers. Er zijn medewerkers die komen tijdens hun werk hun ‘ding’ doen en gaan na de dienst weer naar huis.

“Er zijn medewerkers die zeggen: Joh laat mij gewoon lekker werken en verder moet je niet aan mijn hoofd zeuren” (operationeel manager)

Ook wordt benoemd dat meldingen niet goed worden teruggekoppeld. Dit kan gezien worden als de fase van borging van de PDCA niet volledig uitvoeren.

“We komen er ook achter dat er afdelingen zijn waar helemaal niet systematisch de meldingen besproken worden. Als je dan met de medewerkers praat, ja jee doe ik zoveel moeite om een formulier in te vullen en dan doen ze er helemaal niets mee en dat werkt niet motiverend.”

In het document van het leerhuis staat benoemd: ‘In plaats van een op de persoon gerichte bestraffende cultuur moet worden gestreefd naar een cultuur met een juiste balans tussen de noodzaak voor een organisatie om te leren en anderzijds de eigen verantwoordelijkheid van individuen voor hun acties.’ (Meerjarenopleidingsbeleid 2008:9) Uit de interviews blijkt dat hier in de praktijk nog geen sprake van is.

Medewerkers hebben het gevoel te klikken en vinden het moeilijk openbaar het handelen van een collega te melden. Het geven van feedback aan collega’s om te komen tot verbeteringen verdient aandacht.

“Wat je met name op de werkvloer hoort, je ziet er eigenlijk niets van terug. Dat is het ene argument en het andere argument is als ik dat ga doen wordt het tegen mij gebruikt.”

“De insteek is je kan blame free melden. Je wordt er niet op afgerekend. Er volgen geen sancties op, maar mensen hebben nog steeds het gevoel ik verlink mijn collega”

“Als het gaat om feedback geven, dat gaat niet goed. Dat is ook de reden waarom we vorig jaar van iedereen hebben gezegd, we gaan een verplichte feedback training doen. Je ziet dan een tijdelijke opleving en daarna zakt het weer in. Mensen vallen terug in oude patronen en worden op een gegeven moment een beetje sceptisch, hilarisch en er wordt een beetje lacherig mee omgegaan” (operationeel manager)

“Ik heb ook wel kanttekeningen binnen mijn divisie waarbij de cultuur toch wat minder is. We verlinken elkaar toch niet als het mis gaat. Ze houden elkaar toch een beetje de hand boven

het hoofd, collegiaal kun je het niet maken om een formulier over mij in te vullen” (divisiemanager)

“Daar kan ik heel eerlijk in zijn. Met dien verstande, het hangt er van af wat je meld. Als ik meld dat een chirurg te komt, dan is het relatief een veilige melding want daar hangt niet van af.” (assistent-anesthesie)

In het ASZ is het Leerhuis opgericht. Het Leerhuis ondersteunt het continue ontwikkelen voor het steeds blijven bieden van de beste zorg. Door de Leerhuisconstructie wordt er ook voor gezorgd dat het ASZ zich als opleidingsziekenhuis kan blijven ontwikkelen. Het ziekenhuis streeft naar een Leerhuisorganisatie:

- Die in staat is de kwaliteit van haar medewerkers te ontwikkelen en te borgen op het niveau van een topklinisch ziekenhuis
- Die in staat is zich proactief op te stellen bij het realiseren van de vervangingsvraag/ capaciteitsplanning van medici en personeelsleden
- Waarbij leren en ontwikkelen geborgd zijn binnen de maatschappen en divisies
- Die in staat is synergie te bewerkstelligen voor alle medisch specialistische, medische, verpleegkundige en bedrijfsopleidingen
- Waarbij ‘een leven lang leren’ onderdeel is van de bedrijfscultuur, die mede gekenmerkt wordt als een reflectieve en zich verantwoordende gezondheidszorgorganisatie
- Welke in de regio een voortrekkersrol kan vervullen op het gebied van kennisoverdracht
- Die een prominente rol kan vervullen op het gebied van toegepast wetenschappelijk onderzoek binnen ziekenhuizen
- Waar stages goed worden geregeld voor alle medisch als niet medisch relevante opleidingen
- Die bedrijfsmatig kan ondernemen met de gegeven financiële kaders. (Meerjarenopleidingsbeleid 2008:50)

Momenteel worden medewerkers nog niet getoetst op het uitvoeren van handelingen. Mogelijk gaat dit wel komen in de toekomst in verband met de vernieuwde BIG-registratie.

“Er is geen toetsingsmoment, dat vind ik overigens heel slecht. Als een bakker iets fout doet, dan pakt ie een nieuw stukje deeg, als wij iets fout doen heeft het consequenties voor de patiënt.” (anesthesie-assistent)

Op de IC geschiedt ‘educatie on the job’. Op andere afdelingen is dit door de aard van de werkzaamheden minder goed mogelijk.

“Nee, want je bent vakgericht helemaal alleen. In de koffiekamer praat je wel eens, jee ik had nou een casus, waarom dit en dat zus en zo. Er zijn veel oude rotten die alles al gezien en gedaan hebben en daar kun je wel aan vragen, ik ga straks dit doen, hoe en wat. Echt van elkaar leren op de werkvloer doe je alleen als begeleider en leerling.” (anesthesie-assistent)

Gelet op de vele veranderingen die momenteel in het zorgproces en de (maatschappelijke) context plaatsvinden, zal het belang van leren en ontwikkelen binnen het ASZ de komende jaren sterk toenemen. In 2007 is een opzet gemaakt voor het nieuwe introductieprogramma. Hierin worden periodiek welkomstbijeenkomsten georganiseerd en worden diverse modules ingericht waarin nieuwe medewerkers gerichte instructies krijgen in voor hun functie noodzakelijke kennis en vaardigheden. (Meerjarenopleidingsbeleid 2008:48)

Uit verschillende interviews blijkt dat medewerkers voldoende mogelijkheden krijgen om deel te nemen aan scholingsbijeenkomsten. De manager van het Leerhuis geeft hierbij aan dat het beperkende kostenaspect een steeds belangrijker rol speelt. Specialist en verpleegkundigen en er worden workshops georganiseerd. Binnen het ziekenhuis draait momenteel een project over het feedback geven voor medisch specialisten. Specialisten kunnen hier vrijwillig aan mee doen. Momenteel doet 30% van de specialisten hier aan mee. Er is verbetering zichtbaar. Specialisten gaan zich kwetsbaarder opstellen door collega's en managers te vragen wat die van hun handelen vinden. Volgens de organisatie werkt dit niet als het verplicht gesteld wordt. Het gevaar van vrijwillige deelname is echter dat die 30% al relatief beter en gemakkelijker omgaat met het geven en ontvangen van feedback. Tijdens een interview komt naar voren dat het bespreken van de HSMR lastig kan zijn voor specialisten. Specialisten geven aan dat het geven en ontvangen van feedback en het komen tot verbeteringen per maatschap kan verschillen.

“Sterftcijfers is een heel moeilijk iets voor maatschappen als ze de sterftcijfers gaan bespreken dan het is het op maatschapsniveau nog wel te doen, maar op het moment dat er gezegd wordt in jouw groep patiënten gaan er meer dood dan bij hem, dat is lastig”

“Ja, dat wordt openlijk besproken. Mensen worden er niet vrolijk van. Nou is dat ook de cultuur binnen onze maatschap. Ook kijken we naar productie, patiënt in euro's zeg maar. Daar wordt iedere twee maanden op naam uitgesproken. Ingerepen% wordt openlijk over gesproken. Het is een zakelijke relatie. Dit is in de meeste maatschappen niet, dat is een kwestie van stijl” (specialist)

Uit eerder gedane onderzoeken binnen het ASZ blijkt dat het samenwerken als team nog verbeterd kan en moet worden. Veel veiligheidsrisico's ontstaan door een onvolledige overdracht van informatie tussen medewerkers, afdelingen en disciplines, doordat teamleden 'ieder voor zich' werken en onvoldoende op elkaar ingespeeld zijn en doordat sprake is van onduidelijke verwachtingen van elkaar en onduidelijkheid in taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden.' (Meerjarenopleidingsbeleid 2008:12)

4.3 Prestatie-indicatoren

In deze paragraaf wordt ingegaan op het gebruik van prestatie-indicatoren in het ASZ om antwoord te krijgen op de eerste deelvraag.

- **Tweeledig: een goede ontwikkeling versus doorslaan en iets van het management**

Uit de interviews die gehouden zijn blijkt over het algemeen dat prestatie-indicatoren gezien worden als een goede ontwikkeling. Hier wordt echter meteen een kanttekening bij geplaatst dat het cijfers zijn die niet te vergelijken zijn met andere ziekenhuizen en dat er steeds meer verwacht wordt van zorginstellingen. Ook blijkt uit interviews met specialisten dat het gezien wordt als iets van het management en dat het eigenlijk niet leeft op de werkvloer. De informatie die uit de interviews komt is dus tweeledig. Enerzijds geven specialisten aan dat het rapporteren op kwaliteitsindicatoren een goede ontwikkeling is, anderzijds zien ze het als iets dat wordt opgelegd door de IGZ en het

management. De bureaucratie neemt toe en er wordt steeds meer verwacht van de specialisten in een korte tijd. Indicatoren die gebruikt worden zijn de indicatoren van het IGZ, RTM, Zichtbare zorg en specifieke indicatoren van specialismen zoals de NICE registratie. In de praktijk blijkt dat de prestatie-indicatoren vooral gebruikt worden op management niveau.

“Op het moment zijn we wel aan het doorslaan met de hoeveelheid die we op ons bord krijgen. Het is echt enorm en dat geeft meer weerstand. Dan heb je eindelijk een beetje bereikt dat mensen er mee aan de slag willen en dan krijg je er nog zo'n laag overheen.” (kwaliteitsmedewerker)

*“Men beschouwt het als een management iets, we moeten weer wat van het IGZ” (specialist)
 “Bij de professionals is het zo dat die zeggen dan komt er weer een indicator en daar gebeurt helemaal niks mee. Waarom zouden we hier nou weer aan moeten mee doen. En alleen om te zeggen het IGZ wil dat, dan is het, nou dan doet het ziekenhuis het maar” (specialist)
 “Algemene tendens is met prestatie-indicatoren in het algemeen dat het voor de specialist een ver van je bed show is” (specialist)*

“Het is goed. Je wordt transparanter, je krijgt informatie waarop je kan sturen, je kan het als stuurinformatie gebruiken. Alleen vind ik dat er ook een schaduwkant aanzit en dat is de geweldige bureaucratie die op ons afkomt. Het voortdurende spanningsveld met medewerkers in de zorg die direct patientencontact hebben en directe uren aan het bed moeten werken” (divisiemanager)

“We zijn in een soort mallemolen geraakt waarbij mensen terecht hebben bedacht we moeten een aantal indicatoren bedenken om verbeteringen in ziekenhuizen te veroorzaken. Mijn blik is dat er door die dingen wel heel veel is verbeterd in ziekenhuis, ben ik van overtuigd, maar het gaat z'n doel voorbij en het lijkt een werkgelegenheidsproject voor de inspectie” (bestuurder)

- **De vrijblijvendheid van cijfers is te groot**

De vraag om gegevens aan te leveren voor de indicatoren komt binnen bij de afdeling kwaliteit en veiligheid. Deze afdeling maakt de vertaalslag naar de afdelingen en zet de indicatoren uit naar de divisies. Het komt dan bij de beleidsadviseurs van de divisies terecht.

De uitkomsten van de IGZ worden besproken in het managementoverleg. Hierbij zijn de divisiemanagers, de stafdiensten en de medische staf betrokken. De divisiemanager bespreekt het met de Raad van Bestuur en de medische staf bespreekt het vervolgens met de medisch managers in de jaargesprekken. Het eerste verslag wordt op concern niveau gemaakt. Dan komt het in het management overleg, een overleg met de divisiemanagers en de hoofden van de stafafdelingen. Daar wordt besproken welke indicatoren slecht scoren en daar moet een verbeterplan voor worden gemaakt. Het komt op de agenda van het overleg tussen de divisiemanager en de operationeel managers. Vervolgens gaan de specialisten aan de slag. Volgens de afdeling kwaliteit en veiligheid is dit nog erg vrijblijvend. De divisiemanager ontvangt van de operationeel managers en de vanuit de centrale afdelingen rapportages waar ook kwaliteitsindicatoren in zijn verwerkt. Van de gecertificeerde afdelingen ontvangt de divisiemanager maandelijks review rapporten. Via die rapportages is sprake van monitoring door divisiemanager.

“Het is dan nog niet gezegd dat het echt landt en het ook echt plaatsvindt op de afdelingen. De vrijblijvendheid van cijfers moet er af. Dat is nu nog wel vrij redelijk vrijblijvend.” (medewerker kwaliteit)

“Dan vind ik dat het niet goed gaat want dan landt het onvoldoende bij de operationele eenheden. Ze gaan er wel mee aan de slag maar het krijgt geen plek op hun prioriteitenlijstje

en dan komt het ergens terecht en dat zou nog wel eens achter het defecte koffiezetapparaat kunnen zitten bij wijze van spreken” (divisiemanager)

“Ze gaan naar het divisiemanagement en ze gaan naar de medische staf en die moeten het laten doorsijpelen naar het operationeel management. Naar het operationeel management gebeurt het wel maar of die het ook nog naar de werkvloer doen dat weet ik niet. De een zal dat wel doen en de ander niet. Het is ook een beetje afhankelijk van het medisch specialisme. Niet elk specialisme heeft een indicator van die externe indicatoren.”

De gegevens worden verder verwerkt in het jaardocument door de afdeling kwaliteit en veiligheid. De uitkomsten van de prestatie-indicatoren zijn opgenomen als bijlage van het jaardocument. Op concernniveau wordt jaarlijks een kaderbrief opgesteld. Deze is afgeleid van het ziekenhuisbeleidsplan en actuele ontwikkelingen en geeft de prioriteiten aan voor het komende jaar. De voortgang van de jaarplannen blijkt uit de maandelijkse basisset met managementinformatie waarin de relevante indicatoren zijn opgenomen. Het divisiemanagement ontvangt elke maand deze basisset met (operationele) managementinformatie. Op basis hiervan wordt, na interne analyse, elke twee maanden een beperkte- en elke vier maanden een uitgebreide verantwoordingsrapportage aan het Raad van Bestuur gezonden. De tweemaandsrapportage is een beknopt overzicht van de belangrijkste indicatoren met een toelichting daar waar opvallende afwijkingen worden geconstateerd. Deze rapportage is belangrijke input voor het maandelijkse werkoverleg tussen Raad van Bestuur en divisiemanagement. In de viermaandsrapportage leggen het divisiemanagement en de medisch managers van de vakgroepen verantwoording af ten aanzien van de realisatie van de (beleids)jaardoelen, met behulp van de in het jaarplan opgenomen indicatoren (Jaardocument 2007: 18).

Een beleidsmedewerker van de afdeling kwaliteit en veiligheid geeft aan dat prestatie-indicatoren niet op elk niveau in de organisatie worden besproken en het is onduidelijk of er op elk niveau iets gedaan wordt met de uitkomsten. In het jaardocument 2007 wordt daarentegen vermeld dat aan het ontwikkelen en rapporteren van zorg- en kwaliteitsgerelateerde indicatoren veel prioriteit wordt gegeven.

“Een verpleegkundige ziet dat niet. Als een manager dat ziet mag ik ook al heel blij zijn. Een manager ziet het wel, maar of ze er echt iets mee doen.”

“Ik denk wel dat de maatschappen dat onderling bespreken. Maar bijvoorbeeld ondervoeding, ik vraag mij af of dat besproken wordt tijdens een teamvergadering. Dit zijn vooral medisch inhoudelijk indicatoren, die worden denk ik echt wel in de maatschappen besproken. Zoals afgelopen jaar met complicatieregistraties deden een paar niet met de landelijke mee maar wel met hun eigen complicatieregistratie. En dat AD vertaald met dat ze geen complicaties registeren, nou de volgende dag had ik gelijk weet niet hoeveel mensen aan de telefoon, hee daar hebben we het in de maatschap over gehad en dat kan niet, dat heb je fout aangeleverd, nee dat is foute interpretatie van de gegevens.”

Uit een interview met een medisch manager blijkt uit een praktijkvoorbeeld dat een uitkomst wel degelijk heeft geleid tot een verbetering op de werkvloer.

“Een van de indicatoren is bv hoeveel mensen die 35 graden zijn. Er werd geen enkele patiënt gemeten. We hebben warmtemanagement daar op aangepast en we hebben ingevoerd dat iedereen standaard gemeten wordt en dat niemand naar de afstemming mag als ie onder de 35 graden is.”

In het jaarplan 2007 wordt beschreven dat de behoefte aan transparantie en stuurinformatie door indicatoren steeds groter wordt. In 2007 is daarom binnen de ICT veel aandacht besteed aan het

ontwikkelen van indicatoren, zowel op het gebied van financiële sturing alsmede verbetering van de kwaliteit van zorg (Jaardocument 2007:30). De relevante bedrijfsindicatoren zijn continu raadpleegbaar op intranet (Jaardocument 2007:19). Hier wordt RTM niet benoemd.

- **Een goed voorbeeld: de NICE registratie**

Op de Intensive Care wordt gebruik gemaakt van de NICE-registratie. Per kwartaal wordt het rapport besproken, waarbij vooral wordt gekeken naar uitkomstindicatoren zoals opnameduur en de SMR's. Deze gegevens worden besproken door de intensivisten. Hier zijn geen andere disciplines bij betrokken. De NICE-registratie is afdelingsspecifiek. De RTM daarentegen is ziekenhuisbreed. Als de NICE registratie goed is zegt dat nog niets over de kwaliteit van het ziekenhuis. Bij afdelingsspecifieke registratie wordt naar afdelingscijfers gekeken. Deze afdelingsspecifieke registratie heeft geleid tot verbeteringen. Er werd gesuggereerd dat patiënten te vroeg werden doorgestuurd. Na analyse bleek dat het verschil tussen de IC en de afdelingen te groot was. Dit heeft geleid tot een medium care afdeling. Dit is een voorbeeld van een verbetering op basis van de uitkomsten van de indicatoren van de NICE-registratie.

- **Prestatie-indicatoren op de werkvloer vanuit managementperspectief**

Eens per kwartaal worden op een afdeling tijdens een teamoverleg prestatie-indicatoren besproken. Naar aanleiding van de uitkomsten worden interne audits gehouden op de afdeling. Een operationeel manager geeft als dat het wisselend is hoe bewust medewerkers zich zijn van prestatie-indicatoren. Dit sluit aan bij de kloof tussen beleid en praktijk zoals besproken in paragraaf 5.1.

“Prestatie-indicatoren leeft wel en niet. Er is natuurlijk een groep die zegt ja en er is een groep die zegt komen ze weer met iets nieuws. Het leeft wel, maar het zou beter kunnen” (operationeel manager)

“Ik vind dat prestatie-indicatoren niet zo leeft op de werkvloer. De vertaalslag merk ik niet altijd tussen de indicatoren die wij hebben en de werkvloer. Er zijn toch veel mensen die gewoon hun werk komen doen en goed voor patiënten willen zorgen, maar dat goed voor patiënten willen zorgen op een bepaalde manier die zij belangrijk vinden. Veel mensen doen dat vanuit een overtuiging dat ze verpleegkundige zijn zonder allerlei meetinstrumenten of dat soort dingen” (divisiemanager)

“Het management doet niets anders dan sturen op indicatoren en uitkomsten, op de werkvloer is dat niet hun wereld”

“Op twee manieren leeft het op de werkvloer, als goed en als lastig, belastend.” (bestuurder)

Tijdens een interview met een divisiemanager kwam ter sprake dat mensen niet komen naar een werkoverleg als bijvoorbeeld wordt aangekondigd dat de resultaten op de agenda staan. Ook kwam dit ter sprake tijdens een interview met een operationeel manager.

“Joh als we dit soort dingen doorspreken op een werkoverleg dan merk ik gewoon dat het ze niet interesseert”

In de praktijk lijkt het effectief om een verpleegkundige op de werkvloer verantwoordelijk te maken voor een bepaald onderwerp. Bijvoorbeeld een dialyseverpleegkundige. Volgens een operationeel manager is dit een succesformule om prestatie-indicatoren iets te laten betekenen op de werkvloer.

4.4 Registratie van gegevens

In deze paragraaf wordt beschreven hoe de registratie van gegevens plaatsvindt om vervolgens in de discussie met behulp van deze resultaten antwoord te kunnen geven op de tweede deelvraag.

- **De gegevens van ontslag tot verzending: kuilen in de weg**

De medisch codeurs verzamelen en coderen alle medische gegevens voor de Landelijke Medische Registratie (LMR). Eenmaal per maand worden de gegevens voor verwerking naar de LMR verstuurd. Tegenwoordig wordt de LMR Tietor Enator genoemd. Als een patiënt ontslagen is, gaat het medisch dossier met ontslagbrief van de medisch specialist naar de medische registratie. De codeurs geven aan dat in andere ziekenhuizen de codeurs niet altijd beschikken over het medisch dossier.

“Daar hebben wij voor gevochten. Het dossier helpt je aardig verder, soms kan je in het verpleegverslag lezen. Hee, die heeft een gastro-scopie gehad en dat staat niet in de ontslagbrief, daar kom je aardig verder mee”

De codeurs vullen allereerst een formulier van Prismant in. De volgende gegevens worden op dat formulier ingevuld; het type opname, wel of geen spoedgeval, betreft het een heropname, is de patiënt overleden, zijn er complicaties, heeft er een operatie plaatsgevonden en gaat de patiënt naar een ander ziekenhuis of een andere instelling. Het formulier wordt ingevuld aan hand van het medisch dossier, verpleegkundig dossier, de ontslagbrief en zo nodig gegevens uit het SAP systeem (digitale onderzoeksverslagen, röntgenuitslagen, scopieën). Uit het interview met de codeurs komt naar voren dat de dossiers en ontslagbrieven niet altijd duidelijk en volledig zijn. De codeurs moeten vervolgens de diagnose en de nevendiagnose zelf opzoeken. Zij geven aan dat ze overal achter kunnen komen.

“Dat is ons grote punt. Het houdt enorm op. Sommige specialisten zijn heel summier, soms een paar regels. Soms zetten ze tumor en dan moeten wij het specificeren, wat voor tumor”

“Sinds je kan googlen kom je overal achter”

“We hebben een heleboel dossiers zonder ontslagbrief”

De codeurs geven ook aan dat de medisch dossiers vaak te laat binnen komen. De codeurs zijn verplicht om het per kalendermaand af te sluiten en op te sturen naar Tietor Enator. Zij hebben twee maanden na de ontslagdatum de tijd om de gegevens naar Tietor Enator te versturen.

“Het te laat komen van dossiers, dat is een ramp, je moet er flink bovenop zitten. Dat is onze grootste zorg, niemand houdt daarvan, dat is ons stiefkindje, niemand houdt daar van”

Als de codeurs het formulier hebben ingevuld, dan zetten zij de diagnose en de verrichtingen om in codes met behulp van het codeboek en zetten dat in het computersysteem. Het systeem geeft een melding als er tegenstrijdigheden worden ingevuld.

Nadat de gegevens zijn verstuurd krijgen de codeurs geen terugkoppeling. De codeurs geven aan dat zij dat jammer vinden. Vroeger kregen zij jaarlijks een boek met alle gegevens dat zij hadden verzameld en opgestuurd. Door een terugkoppeling van het resultaat te ontvangen kan de kwaliteit van de registratie verbeteren. Momenteel worden de medisch codeurs uitgenodigd voor het bijwonen van de cursussen die gegeven worden over RTM, dit ervaren zij als zeer positief en het maakt het werk leuker.

“Het is voor ons leuk om te zien wat er met de cijfers gebeurt. Dit maakt het registeren ook leuker en maakt je scherper” (codeur)

“Als ik weet dat het voor dit project (RTM) gebruikt wordt, geeft dat het werk weer een extra impuls” (codeur)

- **De kloof tussen de specialist en de codeur**

Zowel de specialisten als de codeurs geven aan dat de specialisten niet langs komen bij de codeurs om te overleggen.

“Ja en of het dan ook zo is dan moet je dat eigenlijk als specialist nog eens controleren. Als je bv ik heb zoveel patiënten met een naald lekkage van de chirurgen dan denk ik wel dat ze in de files moeten kijken of dat goed wordt gedaan.” (specialist)

Er wordt wel aangegeven dat de codeurs de specialisten kunnen benaderen als zij willen overleggen. Heel soms komt het voor dat overleg plaatsvindt met een specialist over een onjuiste of onduidelijke diagnose. Er zijn zelfs specialisten die niet op de hoogte zijn van het bestaan van de codeurs en waarbij de medische registratie gezien wordt als het medisch archief. Tijdens de observatie van de scholingsbijeenkomst kwam interactie op gang tussen de codeurs en de specialisten. Er kwam duidelijk naar voren dat zij vragen die zij afzonderlijk van elkaar hadden, voor elkaar konden beantwoorden. Een specialist gaf aan dit verhelderend te vinden.

“Ik wist niet eens dat ze bestonden” (specialist)

“Er zijn artsen die weten niet eens van het bestaan van deze afdeling. Als je het hebt over registratie, dan associëren ze het altijd met het medisch archief. O ja, jij bent toch van het archief, jullie doen toch archiveren. Maar daar zit nog veel meer achter” (codeur)

“Tijdens de bijeenkomst kwam ik er dus achter dat een meisje van het archief, wat hanteren jullie nou precies als diagnose voor een hartinfarct. Er zijn criteria vastgesteld en die zijn de laatste jaren gewijzigd door de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie. Daar moeten we met hun afspraken over maken, zeker als je er op gaat varen.” (specialist)

Uit de interviews blijkt dat de fysieke afstand tussen de medisch specialist en de medisch codeur een rol speelt in de samenwerking.

“We hebben een andere locatie en daar zitten ze precies achter elkaar. Mijn collega daar spreekt ze wel gemakkelijker aan” (codeur)

De Praktijkindex geeft daarbij aan dat RTM een middel is om de medisch codeurs en de specialisten meer naar elkaar toe te laten groeien zodat de registratie van de gegevens verbetert.

“Een van de bijkomstigheden van RTM is dat de ziekenhuizen en de specialisten met elkaar gaan beseffen die basisregistratie moet hebben, met name omdat deze gebruikt gaat worden voor de HSMR. Wil je ooit van die discussie afkomen dan moet je met elkaar afspraken gaan maken dat je moet registeren.” (Praktijkindex)

Specialisten zijn niet allen op de hoogte van de LMR-registratie. Als de DBC gekoppeld zou worden aan de registratie heeft een medisch specialist een financieel belang waardoor wellicht beter geregistreerd gaat worden.

“Stel je voor dat die DBC registratie gekoppeld gaat worden aan die registratie. Jouw inkomen gaat dan bepaald worden door die meisjes van het archief. Reken maar dat er dan nog wel wat communicatie gaat plaatsvinden.” (specialist)

De cijfers van de LMR worden in het ziekenhuis gebruikt voor jaarverslagen en strategische plannen. Door de samenwerking tussen codeurs en specialisten te verbeteren zou de kwaliteit van de registratie kunnen verbeteren.

“Op het moment dat ze dat gaan gebruiken en ze gegevens gaan terugzien dan begint er enthousiasme te ontstaan, meestal bij de dames van de registratie omdat die merken hee ik krijg terugkoppeling op mijn gegevens. Opeens staat er een chirurg bij mij en die zegt, moet je zien, dit is de patiënt, dit is zijn dossier en jij voert deze diagnose in. Dan zegt die dame, ja moet je eens luisteren ik kan niet lezen wat jij schrijft. Of dit is de afspraak zoals we dat landelijk doen, oh dat wist ik niet, dan komt er een discussie op gang waardoor registratie gaat verbeteren.” (Praktijkindex)

Op de Intensive Care worden indicatoren geregistreerd via de NICE. Dit is een registratiesysteem die alleen gebruikt wordt op IC-afdelingen. De specialisten vullen dagelijks zelf de gegevens in. Zij maken gebruik van deze gegevens en niet van de gegevens die voortkomen uit de LMR.

“Wij zien die, laat ik het zo zeggen, in onze vakgroep is het nog nooit aan de orde geweest dat wij die gegevens terug zien omdat wij natuurlijk onze eigen registratie hebben. Wij hebben onze eigen complicatie registratie, eigen SAVE meldingen. Dat zijn de dingen waar wij op af gaan.”

- **De interpretatie van gegevens buiten de context**

Tijdens de registraties doen de codeurs interpretaties aan de hand van het medisch dossier, het SAP-systeem, het verpleegkundig dossier en de ontslagbrief. De nevendagnosen worden bepaald op basis van de ontslagbrief en andere gegevens uit het dossier. De codeurs vullen de nevendagnosen in op het LMR formulier, echter is dit eigenlijk de verantwoordelijkheid van de specialist. De diagnosen en de nevendagnosen worden gekoppeld aan een code die de codeurs opzoeken in het codeboek van de LMR. Als de medisch codeurs gegevens niet kunnen vinden, dan leggen ze het dossier apart. Zij maken dan zelf een inschatting of het een belangrijk dossier is en zoeken op een later moment de gegevens bij elkaar.

“Als je ziet dat iemand overleden is en iemand heeft drie weken gelegen dan is het wel een belangrijke opname” (codeur)

De medisch codeurs zitten ver van de afdelingen af. Zij geven zelf aan dat het sneller is om dingen zelf op te zoeken in alle beschikbare digitale systemen en zo nodig via internet dan dat zij naar de afdelingen moeten lopen om dingen na te vragen. De specialisten controleren de uitkomsten niet.

“Achter zo'n fout kom je door het dossier door te bladeren en deze te vergelijken met de ontslagbrief” (codeur)

“Het grappige is dat de gegevens van de LMR wel voor allerlei dingen gebruikt wordt. Door het CBS, het RIVM. Daar is nu heel veel discussie over. Want je kan je afvragen wat betekenen die cijfers nou eigenlijk. Er zitten dus bestuurders wel besluiten op te nemen.” (codeur)

Bestuurder “Die interpreteren nogal. Ze doen dat met de beste bedoelingen, maar ik vind het heel gek dat zij diagnoses verzinnen. Zij trekken een eigen conclusie, heel integer maar als ik dokter was zou ik het niet pikken” (codeur)

- **Gaming wordt gezien als interpretatie en subjectiviteit**

Uit de interviews blijkt dat er uiteenlopend gedacht wordt over gaming tijdens registeren en meten. De bestuurder geeft aan dat de medewerkers op de werkvloer erg eerlijk zijn en dat hij denkt dat er weinig gemanipuleerd wordt. De geïnterviewde specialisten en de managers kijken daar anders tegen aan. Zij spreken niet zo zeer van gaming, maar zien het meer als het interpreteren van gegevens. Door gegevens te interpreteren, kan onbewust of bewust manipulatie plaatsvinden.

Uit een interview bleek dat verondersteld wordt dat met de NICE registratie minder gemanipuleerd zou worden dan met prestatie-indicatoren en de LMR registratie omdat de NICE registratie dagelijks wordt ingevuld waardoor het om veel patiënten en gegevens gaat.

“Dat soort dingen is geen manipulatie, dat is interpretatie, waar zet je het kruisje. Als je buiten de indicator wil blijven, dan kun je hem daar op beïnvloeden” (specialist)

“Het is maar net welke doodsoorzaak je op papier zet, is de doodsoorzaak een infarct of is de infarct een het gevolg van de vasculair problemen” (divisiemanager)

“Het verzamelen van gegevens is zelden objectief. Als je zegt ik ga decubitus scoren, dan is dat subjectief graad 3 of 4. In het kader van een jaarlijkse meting bestaat de neiging om onder te scoren” (specialist)

“Waar je ook getallen aantreft, het is onmogelijk om betrouwbare getallen te genereren die te vergelijken zijn. Een ziekenhuis die op de eerste plaats staat, dat die een jaar laten 60 plaatsen gedaald is, dat kan gewoon niet” (specialist)

“Ik zie nog weinig manipulatie. Dan vraag ik laat eens zien, doe eens voor. Zo kom je heel dichtbij. Het valt me op, ze zijn poepie eerlijk” (bestuurder)

Bovenstaande citaten spreken elkaar tegen. Enerzijds wordt er gezegd dat manipulatie weinig voorkomt en anderzijds wordt verondersteld dat manipulatie een gevolg kan zijn van interpretatie en het geven van een subjectief oordeel.

4.5 HSMR en RTM

In deze paragraaf wordt beschreven welke ideeën er zijn over de HSMR, wat de wensen en verwachtingen zijn van RTM. Ook wordt een weergave gegeven van voor- en nadelen die naar voren zijn gekomen uit de interviews. Het doel is om uiteindelijk antwoord te kunnen geven op deelvraag 3.

- **De HSMR en RTM : middel om specialisten te betrekken bij het kwaliteitsbeleid**

De HSMR wordt door de geïnterviewden gezien als een belangrijke uitkomstindicator. Met name wordt het gezien als een indicator die gebruikt kan worden om de kwaliteit van zorg te meten op ziekenhuisniveau. Daarbij wordt benoemd dat specialisten daadwerkelijk met het cijfer aan de slag moeten en dat de indicator op de juiste manier moet worden gebruikt en toegepast.

“Ik denk dat het de ultieme outcome indicator is. Je kan niet een beetje dood of een beetje levend zijn. Dood of niet dood” (specialist)

“Dat vind ik een hele mooie. In het systeem dat je in z'n totaliteit moet hebben van indicatoren is dat je als ziekenhuis een beperkt aantal prestatie-indicatoren moet hebben die iets zeggen over de prestatie van je ziekenhuis als geheel. Dan kom je op whole system measure. Je kan geen 80 indicatoren hebben die iets zeggen op ziekenhuis niveau. Dus mortaliteit is een indicator die een indicatie geeft van hoe je ziekenhuis presteert in z'n totaliteit.” (kwaliteitsmedewerker)

“De HSMR is natuurlijk een prachtige output. Ik weet dat dat heel gevaarlijk is om dat zomaar te interpreteren maar het is in iedergeval, we hebben een dode of een levende. Met de HSMR kan dossieranalyse gedaan worden van iemand die is overleden. We hebben het niet over fouten, maar wat voor cruciale momenten zaten in het proces” (bestuurder)

In paragraaf 5.3 komt naar voren dat prestatie-indicatoren over het algemeen niet echt leeft bij de specialisten. De HSMR is kennelijk een indicator die de specialisten wel aanspreekt.

De Praktijkindex geeft aan dat de HSMR zo bijzonder is omdat de totstandkoming van het cijfer gebaseerd is op bestaande gegevens waardoor het voor de ziekenhuizen geen extra werk kost om deze te registreren. Zij leggen hiermee direct de link naar RTM en gaan niet zo zeer in op de HSMR als indicator.

“Dat is ook precies de lol er van. Het mooie aan de HSMR is dat het ziekenhuizen geen extra werk kost. Het enige is wel dat ze betrouwbaarder moeten registreren, maar dat gaat vanzelf want doordat zij voor het eerst veiligheids- en kwaliteitsinformatie terugkrijgen uit die LMR. Daardoor worden zij daarmee geconfronteerd. Dan zeggen ze bijvoorbeeld Interessant dat wisten wij helemaal niet. Dit doen we al dertig jaar en misschien goed ons eens naar te kijken. Nu zien ze daar iets van terug, wel interessant.”

Uit de interviews komt naar voren dat RTM gezien kan worden als een middel om specialisten te betrekken bij het kwaliteitsbeleid. Met alleen cijfers als uitkomsten wordt doorgaans weinig gedaan. Ook wordt benoemd dat specialisten eigenlijk niets hebben met de NIAZ accreditatie. Er zijn specialisten die de uitkomsten van de registraties van LMR niet kennen. RTM is een middel waarmee gekeken kan worden op patiëntniveau. Hierdoor kan er ook daadwerkelijk gekeken worden naar de achtergrond van een uitkomst.

“RTM is een middel is om de specialisten meer te triggeren van de systeemkant”

“Ik denk dat het een methode kan zijn om kwaliteit makkelijker op de werkvloer te krijgen, niet van een boekje met hier heb je weer 40 indicatoren en succes. Dan zegt men bekijk het maar daar mag het ziekenhuis zelf voor zorgen.”

- **Implementatie RTM bottom-up**

Binnen het ASZ is de HSMR met behulp van het gebruik van RTM geïnitieerd door een kwaliteitsmedewerker in samenspraak met een specialist. RTM is aangekocht op 1 januari 2008. Dit systeem is aangeschaft als vervolg op het project Move your dot. (ASZ 2008:23)

“Dus was ik vanuit mijn rol op zoek naar hoe krijg ik specialisten toch betrokken bij het hele kwaliteitsgebeuren en dan tijdens komen tot het besef dat het nuttig is voor een aantal zorgprocessen, handelingen protocollen ontwikkelt. Dat je toch streeft naar standaardisatie en dat kwaliteit niet alleen afhankelijk kan zijn van de vaardigheden van de individuele specialist. Dat je toch geleidelijk aan, komt de specialist, zeg maar leert dat die systeemcomponent belangrijk is om kwaliteit te leveren en dat daar boven op.” (kwaliteitsfunctionaris)

Momenteel wordt er nog niet structureel met RTM gewerkt, het systeem wordt nog geïmplementeerd. Het eerste half jaar heeft het ziekenhuis de data in orde gemaakt. Hierbij waren mensen van de automatisering, codeurs, medewerkers van de Praktijkindex en een kwaliteitsmedewerker betrokken. Vervolgens zijn de vakgroepen neurologie en cardiologie benaderd en hebben aan een soort pilot training deelgenomen. De mensen waren hier enthousiast over. Er is vervolgens een presentatie gegeven tijdens een multidisciplinaire complicatiebespreking. In mei en juni jl. hebben twee scholingsbijeenkomsten plaatsgehad over het gebruik van RTM voor specialisten en codeurs.

De bedoeling is dat er maandelijks overleg zal zijn over de HSMR. Dit heeft momenteel nog niet plaats. Het is de bedoeling dat dit plaats gaat hebben als de specialisten geschoold zijn.

Het plan is dat een functionaris wordt aangesteld die één dag per week de groene en rode alarmbellen gaat bekijken en analyseren. De reden hiervan is dat het tijd bespaart voor specialisten. In het veiligheidsprogramma (2008) staat beschreven dat de vakgroepen per 1 januari 2010 een verpleegkundige binnen de afdeling Kwaliteit en Veiligheid aangesteld is voor een maandelijkse

analyse van de afgegeven alarmsignalen. Dit is echter niet goedgekeurd op de begroting waardoor er geen verpleegkundige is aangesteld. Uit de interviews blijkt dat er nog geen eenduidigheid is over de achtergrond van de functionaris nog geen eenduidigheid is. Men denkt aan een verpleegkundige, echter wordt er ook gedacht aan een hoger opgeleide zodat diegene proactief kan meedenken en analyseren.

“Ik wil graag binnen onze afdeling een verpleegkundige, 1 dag per maand naar die alarmbellen kan gaan kijken. Voordeel van deze aanpak is dat het niet te veel tijd van specialisten vraagt om met die tool aan de slag te gaan want dat is een beetje het aandachtspunt wanneer, je kunt niet van een specialist vragen of hij een dag in de maand naar die tool gaat zitten kijken.”

Echter, een specialist geeft tijdens een interview aan, dat als het belangrijk wordt gevonden dat het een kwestie is van inplannen.

“Als je een middag geen poli plant, dan heb je de hele middag tijd om dat te doen. Je moet het alleen noodzakelijk vinden om dat te doen. Ja dan moet je afspraken maken, waarom willen we dat doen, hoe dringend vinden we dat. Omdat je per DBC betaald wordt, hoeveel euro wil je dan mislopen om dit soort dingen te ontwikkelen. Ik denk ook de medisch manager wordt ook betaald, een deel van zijn activiteiten moet ook uit dit soort bestaan.”

In het beginstadium heeft een bijeenkomst plaatsgevonden met een cardioloog en een kwaliteitsmedewerker. De ervaring was dat er een discussie op gang kwam dat kan leiden tot het opstellen van beleid. Hier zijn geen rapportages van gemaakt.

Het initiatief komt bij de specialisten vandaan, waarbij zo nodig ondersteuning plaatsheeft vanuit het management. De specialist en de kwaliteitsfunctionaris hebben bewust gekozen om het management inhoudelijk nog niet in te lichten over RTM. Door verschillende functionarissen wordt ook aangegeven dat het eigenlijk geen zin heeft om het op te leggen vanuit de Raad van Bestuur. Het zal dan niet van de grond komen.

“Als de dokters niet meewerken dan kan het project de prullenbak in” (specialist)

“Als het van boven af wordt opgelegd dan wordt het op het linker stapeltje gelegd. Dat is het zoveelste dat men wil dat ik doe.” (kwaliteitsmedewerker)

“Ik vind het onze verantwoordelijkheid om als managers de artsen te ondersteunen, te faciliteren en bij te sturen. Dat is onze taak, dokters hebben in eerste instantie geleerd om mensen beter te maken” (divisiemanager)

Uit het interview met de Praktijkindex komt daarentegen naar voren dat het voor hen makkelijker is om zich te richten op bestuurders omdat specialisten minder open staan voor het systeem. Uit de ervaring van de ASZ blijkt dus dat implementatie vanuit de bestuurder in deze instelling geen zin zou hebben. RTM wordt uitgerold vanuit de medische staf.

“Specialist zegt snel ik geloof het model niet, een bestuurder kun je overtuigen van je kan maar beter voor zijn” (Praktijkindex)

Ten eerste wordt draagvlak bij de specialisten gecreëerd en vervolgens worden andere disciplines, zoals verpleegkundigen er bij betrokken. De specialisten krijgen geen extra tijd voor de implementatie en er is nog geen werkgroep voor opgesteld. De wens is wel dat een mortaliteitswerkgroep wordt opgericht bestaande uit meerdere disciplines.

“Er moet wel een overkoepeld iets komen binnen nu en een jaar om het te borgen” (specialist)

Uit de interviews met een afdelingshoofd, divisie manager, bestuurder en een anesthesie-assistent blijkt dat RTM momenteel alleen bekend is bij de medisch specialisten en de medewerkers van afdeling kwaliteit.

*“Ik heb nog niet zo'n goed beeld van welke plek RTM krijgt binnen de organisatie”
(Divisie manager)*

Uit de interviews komt bovendien naar voren dat er nog geen duidelijk beeld is over hoe RTM geborgd wordt binnen de organisatie en welke structurele invulling er aan wordt gegeven.

“Het is nog niet uitgekristalliseerd wie op zoek gaat in RTM. RTM is nog maar net in de lucht. Dat weet nog niemand hoe je dat zou kunnen doen.”

Uit een interview blijkt dat de wens is om de analyse niet te versmallen naar een beroepsgroep. Er zal overstijgend gekeken moeten worden naar de uitkomsten omdat bij een zorgproces meerdere disciplines betrokken zijn.

“Nou, kijk, als je kijkt naar een zorgproces zitten daar zoveel gezondheidswerkers omheen. Dus dat moet je niet versmallen naar een beroepsgroep. Als je praat over galblaas, opname, polikliniek, verpleegkundige op afdeling, operatieverpleegkundige, chirurg, anesthesist, apotheker die doen allemaal mee. Het zou golderiek zijn als alleen chirurg het zou doen.”

- **Hoge verwachting: RTM geeft inzicht in het proces**

De specialisten die zijn geïnterviewd, waren overwegend positief over RTM. Volgens de aanjager van RTM zijn in het ASZ ook specialisten werkzaam die minder positief tegenover RTM staan. Zij zijn echter niet geïnterviewd. Momenteel heeft geen structureel overleg plaats over de uitkomsten van de processen van de vakgroepen. De geïnterviewde specialisten verwachten dat RTM hier een handig instrument voor is. Verder wordt verwacht door een specialist dat het als 'selling point' gebruikt kan worden voor de onderhandelingen met de zorgverzekeraar.

“Het moet een vanzelfsprekendheid worden dat je als vakgroep zegt eens in de 4 maanden hebben we een bespreking over onze uitkomsten van onze processen. Of het nou ligduur is, of doorstroomtijden of sterfte of aantal complicatie.”

“Voor de vakgroep cardiologie, stel ik mij voor die moeten straks een aantal instrumenten hebben, complicatieregistratie, RTM, indicatoren uit zichtbare zorg. Daar moeten ze zelf verantwoordelijk voelen voor het schrijven van protocollen. Dan zou je kunnen zeggen dat binnen de Resultaat Verantwoordelijke Eenheid Cardiologie daar functioneert een kwaliteitssysteem dat een combinatie is van zeg maar de NIAZ met een aantal instrumenten zoals net genoemd. En dan periodiek de leidinggevenden in gesprek gaan met de Raad van Bestuur en het stafbestuur en dat men daarin verantwoording aflegt over de gang van zaken binnen de RVE. De prestatie-indicatoren zijn daar belangrijk in om verantwoording af te leggen. Je kunt dan ook van te voren eisen dat ze een goede tussenrapportage maken, bij voorkeur in de vorm van een dashboard waarin men verantwoording aflegt over productie, financiën, medewerkerstevredenheid en je klinische uitkomsten”

Een voorwaarde voor de invoering van RTM die benoemd wordt, is dat per vakgroep één of twee kartrekkers moeten zijn die RTM stimuleren en collega's informeren, helpen en bijsturen. De verwachting van de specialisten is met name gericht op het inzichtelijk maken van zwakke punten in een proces en dat een verandering die naar aanleiding daarvan is ingevoerd kan monitoren om te kijken of de verandering ook daadwerkelijk heeft geleid tot een verbetering.

“Het grote voordeel is, althans dat moet nog blijken, dat zou dan het argument moeten zijn. Dat je echt een verandering gaat aanbrengen in je proces, je zat van te voren op een bepaald

cijfer, en dat je dan na verloop van tijd kan zien dat er een neerwaartse trend is. Dus dat je in je tool, in grafiek, de effecten van een bepaalde interventie zou moeten kunnen zien.”

“Ik hoop, wat ik het mooie vind, kan je zeggen dit zijn de drie punten waar ik niet zo goed in ben en daar ga ik het komende jaren op focussen zodat het verbetert wordt. Dat heb je ook met dit zijn de goede dingen en hoe ga ik die wegzetten. Als je kijkt, wij gaan natuurlijk met die resultaatgerichte eenheden werken, denk ik dat het een heel goed instrument is om aan je kwaliteit van zorg te werken. Ik heb daar hele hoge verwachtingen van. Ik denk echt dat het een onderdeel zou moeten zijn van onze organisatie.”

- **Meer dan een getal: inzoomen op patiëntniveau**

Uit de gegevens en presentatie van de Praktijkindex blijkt dat RTM een tool is waarmee geheel op patiëntniveau kan worden ingezoomd. Met alleen uitkomsten wordt in de praktijk weinig gedaan. Tijdens een interview met een specialist werd een voorbeeld genoemd waarbij dit ook werd bevestigd.

“RTM is daar zo goed in omdat je met die tool tot op dossierniveau kan gaan. En mijn ervaring is als je alleen maar een cijfertje noemt. bv de HSMR is 106 en je gaat daar mee naar specialisten dan is het: het zal wel onze HSMR is 106. Maar als je het wat meer kunt specificeren en je kunt het ook nog eens afzetten tegen landelijke gegevens en wanneer je ook nog eens door kunt gaan tot op een patiëntencasus dan zie je dat men vanzelf meer betrokken wordt” (specialist)

“Je kan RTM zien als google earth” (specialist en initiator RTM)

“Die mortaliteit ligt hier veel hoger dan in het Catherina ziekenhuis. We hebben dat vastgesteld en geen zak aan gedaan. Kennelijk is dat zo, het zal wel door de registratie komen” (specialist)

“De HSMR is een statisch iets. RTM zorgt ervoor dat je het cijfer kan belichten, analyseren” (Praktijkindex)

Uit een interview met een intensivist blijkt dat met RTM meer kan worden ingezoomd op de patiëntengroepen dan in de NICE registratie.

“RTM haalt patiëntengroepen er veel smaller uit dan de NICE, ik kan niet zien hoe avleesklier operaties bij ons gaan met de NICE, binnenkort overigens wel, terwijl dat met RTM wel kan. Je kan een veel kleinere patiënt, bijvoorbeeld alleen dikke darm er uit halen. Of bv vaatoperatie, dat is een aorta operatie of been. In de NICE zit dat op een hoop.”

“So vergeleek het systeem met google earth. Bij google earth begin je met de aarde en zoom je in en dan komt je zelfs bij de fiets van mijn vrouw die voor de deur staat. Hij bedoelde, je kan vanaf het belletje helemaal door naar de individuele patiënt, en individuele risico. Van het belletje naar de patiënt is redelijk uniek. Dat heeft eigenlijk geen ander systeem.” (Praktijkindex)

- **Nadeel: real time is geen real time in de praktijk**

Als nadeel van de cijfers van Prismant wordt benoemd dat de cijfers laat verstrekt worden. De cijfers van 2003-2005 werden pas in 2007 verstrekt. Hierdoor kun je weinig verbeteren op basis van uitkomsten omdat de informatie verouderd is. RTM daarentegen is volgens de Praktijkindex (2008) real time. Echter, uit de interviews blijkt dat de gegevens in RTM ook niet up to date zijn. De codeurs hebben twee maanden na ontslag de tijd om de gegevens naar de LMR op te sturen. Vervolgens heeft de LMR nog tijd nodig om de gegevens te verwerken. Tijdens de scholingsbijeenkomst in mei jl. kwam naar voren dat er bijna nog geen data beschikbaar was van 2009. Uit de praktijk blijkt dus dat RTM minimaal 4 maanden achterloopt.

“Ik heb nog wel een discussie met de Praktijkindex, want real time moet ook wel real time zijn. Het moet redelijk vaak geupdate worden. Ik dacht dat de gegevens tot en met jan zijn bijgewerkt. Het is nu mei, dus dan moet je wel nieuwere gegevens hebben. Bij RTM kan je per maand analyseren, bij Prismant kan dat niet.” (kwaliteitsfunctionaris)

“Wat ik zwak vind is dat je het pas na een half jaar hebt. Je wordt geconfronteerd met de vertraging van de landelijke medische registratie. Het is geen real time, het is seven month to go.” (specialist)

Een ander nadeel van RTM is dat het van belang is dat alle nevendiaagnosen worden geregistreerd want anders heeft dit invloed op de uitkomst. Er is een hoofddiagnose en er zijn vele nevendiaagnosen. de valkuil is dat niet alle nevendiaagnosen worden geregistreerd. Door de validatiepiramide kan bij de analyse wel naar voren komen dat de rode bel veroorzaakt wordt door foutieve registratie.

Als nadeel wordt ook benoemd dat er niet vergeleken kan worden tussen ziekenhuizen. Geïnterviewde specialisten zouden dit wel graag willen. Uit de interviews komt ook naar voren dat het in de praktijk toch lastig blijkt te zijn om terug te zien wat de oorzaak is van een daling van de HSMR.

- **De te verwachten voordelen van RTM**

Uit de interviews met de specialisten en twee medewerkers van kwaliteit en de documenten van ASZ komen verschillende voordelen naar voren van het gebruik van HSMR met behulp van RTM. De voordelen zijn samengevat in onderstaande tabel.

Voordelen
Analyse per patiënt of patiëntgroep
Analyse per ziektebeeld
Inzicht in resultaat van de prestaties
Mogelijkheid om diepte in te gaan en daardoor geen discussie over de cijfers
Mogelijkheid om het te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek
De vier indicatoren (mortaliteit, heropnames, verpleegduur en ratio dagopname/opname kunnen gebruikt worden als indicatoren om een beeld te verkrijgen van de geleverde zorg. (ASZ 2008:18)
RTM zou gebruikt kunnen worden voor dossieranalyse binnen het veiligheidsmanagementsysteem met de 10 thema's
Toepassing op meerdere niveaus: vakgroep, vakgroepoverstijgend, complicatiebesprekingen, in het veiligheidsmanagementsysteem (So 2008)
Sturen op uitkomsten en ingrijpen op processen en structuur
Je kan ziekenhuisbreed de discussie aangaan doordat je kan kijken op vakgroepe niveau en ook afdelingsoverstijgend.

- **RTM en verdere verwachtingen in de toekomst**

In het veiligheidsprogramma (ASZ 2008:17) wordt beschreven dat de complicatieregistraties zijn gebonden aan de vakgroepen. In het kader van leren en verbeteren wordt benoemd dat het zinvol is om het ontstaan van complicaties te analyseren en optreden van complicaties te vergelijken met de incidentenregistratie omdat er vaak raakvlakken blijken te zijn tussen complicaties en de organisatie

van het werk. RTM wordt hierbij benoemd als mogelijkheid. De Praktijkindex (2008) benoemt dit ook als mogelijke toepassing van RTM. In het veiligheidsplan worden verschillende interventies benoemd. RTM kan worden toegepast op zowel vakgroepniveau als op ziekenhuisniveau.

“Er kan op verschillende niveaus gewerkt worden aan verbeteringen. Op vakgroepniveau. Dit kan gedaan worden tijdens casusbesprekingen waarbij er gekeken wordt waarom een patiënt is dood gegaan. Ten tweede op ziekenhuisniveau. De Raad van Bestuur houdt in grote lijnen bij hoe het met de HSMR gaat en hoe het door de vakgroepen wordt uitgewerkt.” (initiator)

RTM zal worden toegepast voor monitoring van de mortaliteit, de verpleegduur, heropnames en ratio dagopname/opname op diagnosesniveau. Ook zal mogelijk een necrologie commissie geformeerd worden voor systematisch onderzoek van mortaliteit. Doelstellingen die hierbij zijn geformuleerd zijn dat de HSMR in 2010 lager is dan het landelijk gemiddelde en dat alle vakgroepen eind 2009 de HSMR gebruiken als indicator en noodzakelijke verbeteracties inzetten (ASZ 2008:23). Het is echter de vraag of eind 2009 haalbaar is, gezien het feit dat nog niet alle specialisten zijn geschoold in het gebruik van RTM.

De Praktijkindex (2008) geeft een aantal functies weer van RTM. Functie die worden genoemd zijn early warning, selectie van cases voor complicatiebespreking en/of dossieronderzoek, het monitoren van bestaande verbeteracties en de speerpunten uit het veiligheidsprogramma, inzicht in gemiddelde verpleegduur ten opzichte van een verwachte gemiddelde verpleegduur en welk typen patiënten wordt steeds heropgenomen. Hieruit kan worden opgemaakt dat er vele mogelijkheden zijn en dat de specialisten in het ASZ in een beginstadium zitten van het op de hoogte zijn van de mogelijkheden. Tevens bevindt de implementatie zich nog in het beginstadium. Gezien het feit, dat naar voren kwam tijdens de interviews, dat andere verbeterprojecten ook een aantal jaren in beslag genomen heeft, mag verondersteld worden dat de implementatie voorlopig nog niet gerealiseerd zal zijn.

5. Discussie

In dit hoofdstuk wordt ten eerste de empirie gekoppeld aan de theorie. Hierdoor wordt antwoord gegeven op de deelvragen. Vervolgens wordt een reflectie beschreven op de uitvoering en de beperkingen van het onderzoek. Tot slot wordt in de conclusie de hoofdvraag beantwoordt.

5.1 Theoretische discussie

In de theoretische discussie worden de resultaten van het onderzoek gekoppeld aan de deelvragen, het theoretisch kader en literatuur.

- **Wat is de rol van prestatie-indicatoren binnen het kwaliteitsbeleid?**

Binnen het ASZ wordt het NIAZ gebruikt als kwaliteitssysteem. Volgens de definitie van Harteloh en Casparie (1998) levert het ASZ kwaliteitszorg doordat de organisatie methoden en technieken aanwendt om de kwaliteit te bewaken en te verbeteren. Als de definitie van Verheggen (2005) er naast wordt gelegd dan werkt het ASZ niet volledig aan kwaliteitszorg. Verheggen (2005) spreekt namelijk van de afstemming en samenhang binnen de gehele organisatie, waarbij het gaat om het verbeteren, verankeren en verantwoorden van de kwaliteit van zorg. Uit het onderzoek blijkt dat sprake is van een kloof tussen het beleid en de praktijk. Walburg et al. (2006) benoemen ook dat er in algemene zin sprake is van een gat tussen potentie van kwaliteitsverbetering en de realiteit. Instrumenten hebben meerwaarde wanneer ze onderdeel worden van het normale functioneren van een ziekenhuis. In het ASZ is hier niet volledig sprake van. De vrijblijvendheid van het aanleveren van de gegevens en daadwerkelijk iets doen met de uitkomsten is bijvoorbeeld nog groot. Op afdelingsniveau wordt nog niet structureel gewerkt aan het verbeteren van prestaties aan de hand van uitkomsten van prestatie-indicatoren. Het is voor de afdeling Kwaliteit en Veiligheid onduidelijk hoe en op welk niveau de uitkomsten van prestatie-indicatoren worden besproken. Verheggen (2005) maakt een onderscheid tussen individueel, team en organisatieniveau. Binnen het ASZ lijkt het kwaliteitsbeleid vooral gericht op organisatieniveau. Er kan nog veel verbeterd worden op individueel en teamniveau zodat uitkomsten van prestatie-indicatoren daadwerkelijk leiden tot verbeteringen. Hierbij moet benoemd worden dat er afdelingen zijn die al ver zijn en structureel werken aan kwaliteitsverbeteringen. Dit geldt echter nog niet voor alle afdelingen. Verheggen (2005) geeft aan dat het niet als iets 'extra's' moet worden gezien om aan kwaliteit te werken. Dit is echter deels nog het geval.

Aan veel facetten van kwaliteitszorg wordt uitvoering gegeven in het ASZ volgens de definitie van Harteloh en Casparie (1998). Er wordt aandacht besteed aan onderwijs en training, waarbij het Leerhuis een belangrijke plek heeft. Tevredenheidsonderzoeken worden uitgevoerd, richtlijnen en protocollen zijn opgesteld en terug te vinden in het digitale kwaliteitssysteem. De borging verdient nog aandacht. De cirkel van Deming staat centraal binnen het kwaliteitssysteem, echter de derde en de

vierde fase, de check en de act worden nog onvoldoende uitgevoerd, zo blijkt uit het onderzoek. Tevens is de PDCA vooral een cyclus die wordt toegepast op management en beleidsniveau. Om daadwerkelijk de verbeteringen op de werkvloer door te voeren, kan het zinvol zijn om de medewerkers bewuster te maken van de verbetercyclus.

Binnen het ASZ wordt de invoering van prestatie-indicatoren over het algemeen gezien als een tweezijdige ontwikkeling. Enerzijds is het een goede ontwikkeling om uitkomsten te meten en verbeteringen door te voeren, anderzijds neemt de bureaucratie toe en wordt het ook gezien als iets van het management en van de beleidsafdelingen. Er zijn afdelingsspecifieke en ziekenhuisbrede indicatoren die gebruikt worden. Sturen op uitkomsten lijkt niet een geschikte methode te zijn voor de werkvloer. Gezocht moet worden naar andere mogelijke praktische toepassingen. Als voorbeeld werd benoemd de zogeheten 'aandachtsvelders'. Een mogelijk probleem hierbij is dat aspecten van de kwaliteit van zorg dan worden gedelegeerd naar specifieke functionarissen en niet worden opgenomen in de routines van alle professionals (Bal 2009). Het feit dat indicatoren over het algemeen niet aanspreken bij de werkvloer, kan mogelijk liggen aan de wijze waarop het gebracht wordt op een afdeling. Eenmaal per kwartaal bespreken van de cijfers is misschien niet interessant, echter als het geïntegreerd wordt in het zorgproces spreekt het mensen op de werkvloer misschien wel aan.

Grol en Wensing (2007) benoemen drie doelstellingen van prestatie-indicatoren. Binnen het ASZ worden prestatie-indicatoren met name gebruikt voor de doelstelling externe verantwoording. Op sommige afdelingen worden de prestatie-indicatoren ook gebruikt voor interne verantwoording. De IC is daar een goed voorbeeld van. Deze afdeling maakt gebruik van de NICE registratie. Uit voorbeelden die zijn benoemd in de interviews blijkt dat de uitkomsten uit de NICE hebben geleid tot praktische verbeteringen. Van der Voort en de Jonge (2007) hebben in hun studie ook aangetoond dat de NICE registratie tot verbeteringen heeft geleid op IC-afdelingen. Schuurhuls (2008) plaatst een kanttekening bij het kunnen afleggen van verantwoording op basis van uitkomsten in algemene zin omdat de uitkomsten niet betrouwbaar zijn. Dit wordt ook bevestigd in dit onderzoek waarbij tijdens interviews werd aangegeven dat meten subjectief blijft waardoor het niet altijd betrouwbaar is. Ook Kuhn en Siciliani (2007) geven aan dat een indicator niet de werkelijkheid weergeeft. Bij de specialisten in het ASZ wordt niet altijd iets gedaan met cijfers van uitkomsten. Schellekens et al. (2003) benoemen in het artikel dat cijfers aanleiding moeten zijn tot het stellen van vragen. In de praktijk lijkt het dus niet altijd deze uitwerking te hebben. Ook sluit dit aan bij Audet et al. (2005). Zij concluderen dat leren nog niet is doorgedrongen tot de professionele cultuur waarbij artsen de data niet routinematig gebruiken om hun prestatie te toetsen.

Uit het onderzoek blijkt dat de PDCA cyclus soms omgekeerd wordt toegepast waardoor de cyclus zijn doel voorbij schiet. Bij een resultaat dat wordt behaald wordt achteraf een plan bedacht. Dit heeft raakvlakken met theorieën over gaming. Bevan en Hood (2006) spreken van het ratched-effect. Hierbij worden doelstellingen gebaseerd op resultaten van het afgelopen jaar. De Bruijn (2001) noemt dit strategisch gedrag.

Binnen het ASZ verschilt het leren om te komen tot verbeteringen per afdeling. Uit de interviews komt naar voren dat een voorbeeld van het verbeteren door te leren de SAVE meldingen is. Dit zijn de

meldingen die gedaan worden als een fout in een zorgproces wordt gemaakt. Medewerkers hebben moeite met het melden van fouten als het collega's betreft. Firth en Cozens (2001) bevestigen deze uitkomst want zij geven aan dat zorgorganisaties worden gekenmerkt door een cultuur van angst en wantrouwen als het om leren en verbeteren gaat. Als de meldingen wel worden gedaan, blijkt dat niet altijd uitwerking en terugkoppeling aan de melding wordt gegeven, waardoor een volgende keer melden ook niet gestimuleerd wordt. Dit sluit aan bij bevindingen uit eerdere afstudeeronderzoeken (Bakker 2007; van Ginkel 2007)

Uit het onderzoek komt naar voren dat de vier vormen van leren van Nonaka en Takeuchi (Walburg et al 2006) allen voorkomen binnen het ASZ. Op de werkvloer wordt geleerd door samen te werken (socialisatie). Er worden klinische lessen gegeven en er worden overleggen georganiseerd (externalisatie). Internalisatie vindt bijvoorbeeld plaats doordat leerlingen in de praktijk vaardigheden leren. Het trail en error leren wordt wel beoogd door de organisatie door de intentie te hebben blame free melden toe te passen, echter dit blijkt op de werkvloer niet geheel tot uiting te komen. Op de IC afdelingen zijn verbeteringen doorgevoerd op basis van uitkomsten van indicatoren. Ook ziekenhuisbreed is de pijnregistratie volledig ingevoerd waarbij het zorgproces is aangepast naar aanleiding van uitkomsten van indicatoren. Dit kan gezien worden als double loop learning waarbij een daadwerkelijke gedragsverandering plaatsvindt (Argyris 1996).

- **Op welke wijze komt de registratie en meting van uitkomsten tot stand?**

Binnen het ASZ vindt de verwerking van de registratie van gegevens plaats bij de medisch codeurs. Veel specialisten zijn niet op de hoogte van het bestaan van de codeurs. Tijdens de implementatie van RTM wordt hier aandacht aan besteed door de codeurs te betrekken bij de scholingsbijeenkomsten. Berg en Goorman (1999) geven aan dat informatie gebruikt moet worden in de context waarin het verzameld is. Het loslaten van de context waarbinnen de informatie gebruikt wordt, is mogelijk, maar dan moet de informatie ontward worden. Dat is moeilijk omdat de informatie en de context elkaar vaak beïnvloeden en als het wordt losgehaald van elkaar dan kan de informatie minder betekenen of een andere betekenis hebben. Ellingsen en Monteiro (2003) sluiten hierbij aan. Zij noemen kennis onstabiel. Kennis krijgt waarde en betekenis binnen een netwerk. De kennis uit registraties buiten de context van zorg is daarom moeilijk te interpreteren en te gebruiken. Ook Grol en Wensing (2007) wijzen erop dat registratie direct en na het uitvoeren van handelingen een positieve bijdrage levert aan het adequaat registreren van gegevens. Binnen het ASZ zijn de codeurs werkzaam op een andere plek dan waar het zorgproces zich afspeelt. Zij staan ver van de praktijk en mogelijk wordt aan de informatie een andere betekenis gegeven dan op de werkvloer.

Currie en Suhomlinova (2006) benoemen dat het delen van kennis ook belemmerd kan worden door invloed vanuit instituties. De omgeving van de specialisten is een andere institutie dan die van de codeurs. Hierdoor kan misschien verklaard worden dat momenteel weinig tot niet wordt samengewerkt tussen beiden. Momenteel wordt binnen ASZ nog niet gewerkt met de validatiepiramide van de Praktijkindex. Als deze piramide gebruikt zal worden, levert dit mogelijk een bijdrage aan de integratie tussen de codeurs en de specialisten omdat het registratieproces een vast onderdeel wordt van het analyseren van de HSMR.

De gegevens die worden geregistreerd door de medisch codeurs gaan naar de LMR. Deze gegevens worden niet teruggekoppeld aan de specialisten. Volgens Berg (2001) kan dit gezien worden als een gemis omdat het direct terugkoppelen van resultaten nuttig is voor kwaliteitsverbetering omdat zij de uitkomsten kunnen interpreteren. Harteloh en Casparie (1998) geven aan dat juiste interpretatie van gegevens alleen mogelijk is als de vertaling van de informatie goed gebeurt. De professional dient de resultaten te herkennen. Momenteel is hier geen sprake van binnen het ASZ omdat de LMR gegevens verder niet worden gebruikt. Dit sluit ook aan bij de bevindingen uit het onderzoek van Bevan en Hamblin (2008) waarbij geconcludeerd wordt dat data op grote schaal wordt bijgehouden waar niets mee gedaan wordt.

Op 18 april jl. vermeldde het Algemeen Dagblad dat de IGZ inzage wil hebben in de sterftcijfers van ziekenhuizen en tevens wil weten hoe deze cijfers tot stand zijn gekomen. Doordat het ASZ het proces van totstandkoming inzichtelijk moet gaan maken, kan dit een positieve impuls geven aan de samenwerking tussen de specialisten en de codeurs en de kwaliteit van de registratie. Ook het monitoren en analyseren van de HSMR kan leiden tot het beter registreren (Kool et al. 2007).

Het is goed voor het imago een organisatie als positieve cijfers gepubliceerd worden. Een goed imago kan gezien worden als een incentive. Als aan prestaties een incentive wordt gehangen dan kan dat leiden tot manipulatie van de data volgens Bevan en Hamblin (2008). Uit het onderzoek komt dit ook naar voren. Echter wordt het door specialisten en andere functionarissen binnen het ASZ niet gezien als manipulatie maar meer als interpretatie van gegevens. Het beoordelen van bijvoorbeeld decubitus is subjectief, waarbij verondersteld wordt dat de neiging bestaat lager te scoren om te komen tot een beter resultaat. Door gegevens te interpreteren kan onbewust of bewust manipulatie plaatsvinden. Bevan en Hood (2006) noemen dit output distortions. Hierbij gaat het om het onbewust en bewust vervalsen van uitkomsten. Uit het onderzoek komt naar voren dat het ASZ zich meer moet gaan richten op uitkomstindicatoren. Dit sluit aan bij Pollitt et al. (2009). Zij benoemen dat als een tendens waarbij definitieve indicatoren informatieve indicatoren gaan vervangen.

- **Welke plaats heeft de HSMR met behulp van RTM binnen het ASZ?**

Binnen het ASZ is RTM nog niet volledig geïmplementeerd. Het is de bedoeling dat de HSMR weergegeven en geanalyseerd zal worden met behulp van RTM. Door met behulp van RTM volledig in te zoomen op patiënt en patiëntengroep kunnen verbeteringen worden doorgevoerd om de kwaliteit van zorg te verbeteren. In de literatuur worden hierover tegenstrijdige conclusies getrokken. Geelkerken et al (2008) geeft aan dat ziekenhuissterfte en kwaliteit van zorg niet één op één kunnen worden vertaald. Daarentegen geeft de HSMR volgens den Ouden et al. (2008), Voort en de Jonge (2007) en Kool et al. (2007) een verantwoorde prikkel tot verbetering van de kwaliteit. De verwachtingen in het ASZ die naar voren komen uit het onderzoek sluiten niet aan bij Geelkerken, echter wel bij de andere auteurs.

Uit het onderzoek komt naar voren dat de HSMR met behulp van RTM gezien wordt als een middel om de specialisten te betrekken bij het kwaliteitsbeleid. Specialisten blijken gemotiveerd te zijn om met behulp van een analyse-instrument te kijken naar uitkomsten. Specialisten binnen het ASZ zijn meer te motiveren voor dit soort instrumenten dan voor bijvoorbeeld het NIAZ systeem. Om daadwerkelijk te

komen tot verbeteringen is dit een goed middel volgens Wollersheim et al. (2006). Zij geven aan om op basis van prestatie-indicatoren daadwerkelijk tot kwaliteitsverbetering te komen dat het belangrijk is om aan te sluiten bij hetgeen waarvoor de professional gemotiveerd is. Om feitelijk tot kwaliteitsverbeteringen te komen is het van belang dat het gaat om de evaluatie van de HSMR en niet alleen om het cijfer (van der Voort & de Jonge 2007). Dit sluit aan bij de bevindingen uit het onderzoek. Hieruit blijkt namelijk dat inderdaad met alleen een terugkoppeling van een cijfer over het algemeen niets wordt gedaan. Ook de Bruin (2001) geeft aan dat het noodzakelijk is dat aan prestaties betekenis wordt gegeven om te leiden tot verbeteringen. Met behulp van RTM kan betekenis worden gegeven aan de uitkomsten door volledig in te zoomen op de gebeurtenissen achter het cijfer.

Binnen het ASZ zijn de verwachtingen ten aanzien van RTM hoog. Verwacht wordt dat RTM een middel is om een nulmeting te doen, een verbetering uit te voeren en vervolgens in RTM terug te kunnen zien of die verbetering daadwerkelijk heeft geleid tot verbetering. Volgens de Bruijn (2001) kan hierbij een kanttekening worden geplaatst omdat het moeilijk blijft om de effecten van interventies te meten. Echter, als kanttekening op de Bruin (2001) kan gesteld worden dat men uiteraard altijd kan bekijken of specifieke interventies hebben geleid tot specifieke verbeteringen.

Om prestatie-indicatoren te laten werken moet een systeem aanwezig zijn waarbinnen vergelijkingen kunnen worden gemaakt (Bevan & Hood 2006). Met RTM kan zo mogelijk vergeleken worden tussen bijvoorbeeld patiëntengroepen of leeftijdsgroepen. Walburg et al. (2006) is voor publicatie van de gegevens. Hierbij wordt niet aangegeven of het om interne of externe publicatie gaat. Als dit geïnterpreteerd wordt als zowel extern als intern, is het van belang dat de uitkomsten en de bijbehorende verbeteringen intern bekend worden gemaakt in het ASZ. Momenteel is dit nog niet het geval omdat nog niet geheel gewerkt wordt met RTM.

Een belangrijk nadeel dat naar voren komt uit het onderzoek is dat real time niet real time blijkt te zijn. De Praktijkindex suggereert dat de gegevens real time zijn. Uit het onderzoek blijkt het tegendeel. De codeurs hebben twee maanden de tijd na ontslag van de patiënt om de gegevens aan te leveren bij de LMR. Vervolgens heeft de LMR nog tijd nodig om de gegevens te koppelen aan RTM. Hierdoor zijn de gegevens niet van dat moment. Tijdens de scholingsbijeenkomsten in mei jl. bleek dat er bijna nog geen gegevens over 2009 beschikbaar waren. Geconcludeerd kan worden dat het systeem de term real time dus eigenlijk niet mag dragen.

Uit het onderzoek komt heel duidelijk naar voren dat in het ASZ gekozen is voor een bottom-up implementatie omdat de specialisten achter het product moeten staan. Gesteld wordt door een aantal geïnterviewden dat implementatie vanuit de Raad van Bestuur geen zin heeft. De Praktijkindex geeft juist aan voor de verkoop van RTM zich te richten op de bestuurders van de ziekenhuizen. Dit is in tegenstrijd met elkaar. Als het systeem eenmaal is aangekocht, richt de Praktijkindex zich ook op de specialisten.

In Nederland is weinig bekend over het doorvoeren van kwaliteitsverbeteringen naar aanleiding van de HSMR met behulp van RTM en de bijbehorende voor- en nadelen. Onlangs is in Engeland gebleken dat de HSMR leidt tot succesvolle kwaliteitsverbeteringen door het toepassen van zorgbundels. In een zorgbundel worden de belangrijkste bewezen best practice voor de zorg voor een

bepaalde patiëntgroep opgenomen. Dit zijn vier à vijf punten die bij deze patiënten in ieder geval moeten gebeuren en die worden op een checklist gezet. Het zijn een aantal aanbevelingen die tezamen gegarandeerd de uitkomsten van zorg voor een specifieke aandoening of een specifiek probleem verbeteren (Crommentuyn 2009). Deze zorgbundels kunnen gezien worden als een praktische tool die gebruikt kan worden op de werkvloer. Met andere woorden is kan het gezien worden als een middel om de kloof tussen beleid en praktijk te verkleinen waardoor invulling wordt gegeven aan het kwaliteitsbeleid op operationeel niveau.

5.2 Methodologische discussie

De keuze voor kwalitatief onderzoek was voor dit onderwerp een goede keuze omdat het ging om ervaringen en meningen van betrokkenen met prestatie-indicatoren en de HSMR binnen het kwaliteitsbeleid. Ook was de keuze van het onderzoekstype een goede keuze omdat het onderzoek zich heeft gericht op het ASZ. Nadeel is echter dat de resultaten moeilijk generaliseerbaar zijn naar een andere situatie omdat de resultaten toch afhankelijk zijn van de institutionele factoren van het ASZ. Hierdoor is sprake van een lage externe validiteit. Echter, tijdens de studiebijeenkomsten bleek dat bepaalde resultaten overeenkwamen met een medestudent die een onderzoek verrichtte in een andere ziekenhuissetting (Kolijn 2009). Blijkbaar zijn de resultaten, ondanks de institutionele factoren per ziekenhuis toch deels generaliseerbaar.

De functionarissen die zijn geïnterviewd zijn op advies van de contactpersoon van het ziekenhuis bepaald. De contactpersoon is de 'aanjager' van RTM binnen het ASZ. Mogelijk kan dit invloed hebben gehad op de keuze van de personen. De contactpersoon gaf aan dat er ook specialisten waren die minder positief tegenover RTM staan. Deze specialisten zijn helaas niet geïnterviewd vanwege de beperkte tijd. Er zijn 13 interviews gehouden. Mogelijk was het een meerwaarde geweest als nog een aantal specialisten geïnterviewd waren, met name na de scholingsbijeenkomst, zodat er nog meer ideeën over de HSMR met behulp van RTM naar boven waren gekomen. Hierdoor kunnen de resultaten minder betrouwbaar zijn. Echter, het is de vraag of dat extra informatie had opgeleverd omdat RTM nog niet geïmplementeerd is. Zinvoller zou het kunnen zijn om in een later stadium, na volledige implementatie, een onderzoek onder de specialisten uit te voeren om de ervaringen met het werken van RTM in kaart te brengen.

De insteek bij de start van het onderzoek was om meer onderzoek te doen naar het gebruik van RTM. Helaas is RTM nog niet geheel geïmplementeerd in het ASZ waardoor het lastig was om dit te onderzoeken. Ondanks dat dit het geval is, is er toch bruikbare informatie naar voren gekomen over de wensen en verwachtingen van RTM. Dit kan worden meegenomen bij de verdere implementatie. Doordat RTM nog niet was geïmplementeerd zijn de deelvragen gedurende het onderzoek bijgesteld. Ook waren nog weinig documenten beschikbaar over RTM en de HSMR waardoor analyse van documenten in mindere mate heeft plaatsgevonden. Hierdoor was sprake van minder triangulatie dan vooraf de insteek was.

6. Conclusie en aanbevelingen

6.1 Conclusie

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag: *Hoe kan de HSMR met behulp van Real Time Monitoring gebruikt worden in het ziekenhuis om de prestaties en de kwaliteit van het ziekenhuis te verbeteren?*

In de resultaten en de discussie wordt aangegeven dat het gebruik van de HSMR met behulp van RTM zich nog in een beginstadium bevindt. Prestatiemeting kan een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van beleid en besluitvorming. Prestatiemeting zorgt voor een vervlechting van beleidsvorming en uitvoering: dit bevordert de kwaliteit van het beleid en de besluitvorming (de Bruijn 2001).

Uit dit onderzoek komt naar voren dat verwacht wordt dat de HSMR met behulp van RTM een bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg. RTM wordt gezien als een praktische tool die kan zorgen voor vervlechting van beleidsvorming en uitvoering. Mogelijk met het toepassen van zorgbundels. Dit zijn een aantal aanbevelingen die tezamen gegarandeerd de uitkomsten van zorg voor een specifieke aandoening of een specifiek probleem verbeteren (Crommentuyn 2009). Uit dit onderzoek blijkt dat specialisten kunnen inzoomen op hun eigen prestaties waardoor het niet alleen bij een cijfer blijft. Met alleen cijfers van de IGZ en het NIAZ wordt weinig gedaan. Prestatiemeting waarbij het alleen om cijfers gaat, leidt minder tot vervlechting van beleid en uitvoering. Echter, Lilford et al. (2004) wijzen er op dat de HSMR niet altijd gezien kan worden als een indicatie is voor de kwaliteit van zorg. Mogelijk kan het dus wel leiden tot verbeteringen, maar de uiteindelijke kwaliteit van zorg kan er dus niet altijd aan gemeten worden.

Een voorwaarde voor verdere implementatie van RTM is dat organisatiebreed tevens aandacht wordt besteed aan de verdere verbetering van de toepassing van het gehele kwaliteitsbeleid op de werkvloer. Uit het onderzoek komt naar voren dat de borging van kwaliteitsverbeteringen aandacht verdient binnen het ASZ. Bij de verdere implementatie van RTM is het van belang hiermee rekening te houden.

Prestatie-indicatoren moeten meer worden ingebed op de werkvloer omdat uit het onderzoek blijkt dat prestatie-indicatoren nog niet volledig zijn ingebed binnen de organisatie om te komen tot kwaliteitsverbetering. Dit vraagt om een cultuurverandering, maar er kan ook gekeken worden naar de wijze waarop prestatie-indicatoren worden toegepast op de werkvloer. Integratie in het zorgproces kan bijvoorbeeld een betere uitwerking hebben dan zoals het momenteel plaatsvindt, het viermaal per jaar bespreken tijdens werkoverleg van de cijfers. De HSMR is een prestatie-indicator. Het is daarom goed dat in algemene zin ook een beter draagvlak wordt gecreëerd zodat de HSMR als prestatie-indicator ook ingebed kan worden in de organisatie.

Bij het werken met de HSMR als prestatie-indicator speelt de registratie van gegevens een belangrijke rol. Momenteel staat de registratie van de gegevens erg los van het primaire zorgproces. Voor het aanleveren van goede gegevens is de basis een goede registratie. Uit het onderzoek komt naar voren dat er een kloof bestaat tussen de specialist en codeur en dat het proces van registratie verbeterd kan worden op de punten: de afstand tussen het zorgproces en de codeurs, het aanleveren van de juiste

gegevens en het tijdig aanleveren van gegevens. Het geven van een terugkoppeling van de uitkomsten aan de codeurs kan een bijdrage leveren aan de verbetering van de kwaliteit van de registratie.

Als de HSMR met behulp van RTM gekoppeld wordt aan de zes domeinen van kwaliteit volgens het IOM (1999) kan geconcludeerd worden dat het een positieve bijdrage kan leveren aan een aantal domeinen. Ook is het mogelijk dat bepaalde pijlers negatief worden beïnvloedt. De veiligheid kan toenemen doordat het doel van het gebruik van het systeem is dat de HSMR zal dalen. Er wordt minder schade aangericht aan de patiënt. De effectiviteit kan toenemen doordat processen worden geanalyseerd naar aanleiding van de alarmbellen in RTM waardoor over- en ondergebruik van zorg tegengegaan kan worden. Het derde domein patiëntgericht kan mogelijk een gevolg zijn, echter is het gevaar aanwezig dat de betrokkenen zich ook teveel op het proces gaan richten. Het domein tijdigheid wordt minder beïnvloed door de invoering van RTM. Mogelijk kan het zo zijn dat processen worden geanalyseerd en dat blijkt dat de HSMR veroorzaakt wordt door een slechte doorstroming. Het proces kan naar aanleiding daarvan worden aangepast waardoor de tijdigheid zal verbeteren. Dit geldt ook voor efficiency. Een mogelijk nadelig gevolg kan zijn dat ziekenhuizen bij voorbaat bepaalde doelgroepen met een hoge verwachte sterfte minder snel zullen opnemen. Hierdoor kan sprake zijn van minder gelijke toegang tot zorg.

6.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Uit dit onderzoek komen de volgende aanbevelingen naar voren:

- Het weghalen van de kloof tussen de specialist en de codeurs en het verbeteren van de samenwerking en afstemming zodat de registratie en de analyse zal verbeteren. Het kan zinvol zijn nader te bekijken of de codeurs daadwerkelijk zo ver van de werkvloer moeten zitten. Ook verdient het tijdig en volledig aanleveren van gegevens aandacht.
- Het inbedden van prestatie-indicatoren in zijn algemeenheid is nodig om te komen tot verbeteringen. Hierbij is het van belang dat cijfers worden gezien als vanzelfsprekend en horen bij het werk. Gekeken kan worden naar de wijze waarop de werkvloer geïnformeerd wordt over prestatie-indicatoren en of het niet meer structureel geïntegreerd kan worden in het zorgproces. Dit zou als goede basis kunnen fungeren voor de invoering van de HSMR als indicator. Op deze manier zal ook de afstand tussen beleid en praktijk kleiner kunnen worden.
- Een zwak punt van kwaliteitsverbeteringen binnen het ASZ is de borging. Voor de verdere implementatie van RTM is het van belang hier rekening mee te houden en extra aandacht te besteden aan de borging.

Gezien het feit dat RTM nog niet geïmplementeerd is en daardoor niet gekeken kon worden naar verbeteringen die zijn doorgevoerd naar aanleiding van de HSMR met behulp van RTM en de ervaringen die betrokkenen daarmee hadden, is het interessant om op het moment dat daadwerkelijk structureel gewerkt wordt met RTM te onderzoeken tot welke verbeteringen de HSMR met behulp van RTM heeft geleid. Mogelijk zou een effectonderzoek kunnen worden uitgevoerd. Ook kan het interessant zijn om te onderzoeken welke invloed de HSMR met behulp van RTM daadwerkelijk heeft op de zes pijlers van kwaliteit van het Institute of Medicine (1999).

Literatuurlijst

- Albert Schweitzer Ziekenhuis. 2008. Jaardocument 2007.
- Albert Schweitzer Ziekenhuis. 2008. Veiligheidsprogramma 2008.
- Albert Schweitzer Ziekenhuis. 2008. Jaarkrant 2007.
- Albert Schweitzer Ziekenhuis. 2008. Meerjarenopleidingsbeleid ASZ 2008-2011.
- Argyris, C. en D. Schön. 1996. *Organizational Learning 2: Theory, Method and Practice*. Reading, MA: Addison Wesley.
- Audet, A.M., Doty M.M., Shamasdin J, Schoenbaum S.C. 2005. *Measure, learn and improve: physicians' involvement in quality improvement*. Health Aff (Millwood) 2005;24(3):843-53
- Baarda, D.B, M.P.M. De Goede en J. Teunissen. 2005. *Kwalitatief onderzoek, handleiding voor het opzetten van en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Tweede herziene druk. Groningen/ Houten: Wolters-Noordhoff.
- Bakker, J. 2007. *Ik meld veilig of ik meld niet*. MSc, iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam.
- Bal, R. 2008. *Sturing in tijden van marktwerking. Oratie*. Rotterdam: ErasmusMc.
- Berg, M. 2001. 'Kaf en koren van kennismanagement; Over informatietechnologie, de kwaliteit van zorg en het werk van de professionals.' Inaugurale rede.
- Berg, M. & E. Goorman. 1999. The contextual nature of medical information. *International Journal of Medical Informatics* 56 (1999) 51-60.
- Bevan, G & R. Hamblin. 2008. Hitting and missing targets by ambulance services for emergency calls: impacts of different systems of performance measurement within the UK. *Journal of the Royal Statistical Society*.
- Bevan & Hood. 2006. What's measured is what matters: Targets and gaming in the English health care system. *Public Administration* 84 (3):517-538.
- Bruijn, de H. 2001. *Prestatiemeting in de publieke sector*. Tussen professie en verantwoording. Utrecht: Lemma.
- Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. 1999. *To err is human*. National Academy Press.
- Colsen, P.J.A. 1992. De kwaliteitscyclus. In: Casparie, A.F., Colsen, P.J.A., Stevens, P.G.J.J., Vinkenburg, H.H.M. & Wiersema, M.I. (1992). *Handboek kwaliteit van zorg: ontwikkelingen, hulpmiddelen, projecten*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Creswell, J.W. 2003. *Research design. Qualitative, Quantitative and Mix Methods approaches*. Second edition. London: Sage Publications Ltd.
- Crommentuyn, R. 2009. Levens redden wil iedereen. *Medisch contact* 64 (26) 1153-1155.
- Currie, G. and O. Suhomlinova. 2006. *The Impact of Institutional forces upon knowledge sharing in the UK NHS: the triumph of professional power and the inconsistency of policy*. Public Administration, 84 (1), (30)

- Den Ouden, A.L. 2008. Sterftecijfer niet afserveren. *Medisch contact* 63 (13): 561.
- Donabedian, A. 1997. The quality of care: How can it be assessed? *Archives of Pathology & Laboratory Medicine* 121: 1145-1150.
- Ellingsen, G. en E. Monteiro. 2003. Mechanisms for producing a working knowledge: Enacting, orchestrating and organizing. *Information and Organization* 13: 203-229.
- Firth-Cozens, J. 2001. Culture for improving patiënt safety through learning: the role of teamwork. *Quality in health care* 10 (2): 1126 - 2001
- Geelkerken, R.H. 2008. Een onrijp instrument. *Medisch contact* 63 (9): 370-374
- 't Hart, H., H. Boeije & J. Hox. 2005. *Onderzoeksmethoden*. zevende druk. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Ginkel, van S. 2007. "U hoort van ons." Een verkennend onderzoek naar de rol van feedback op het leren van incidenten in ziekenhuizen. MSc, iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam.
- Harteloh, P.P.M. & A.F. Casparie.1998. Kwaliteit van zorg: van inhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak. Vierde herziene druk. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Keesman, E. 2008. Een hoge (H)SMR: wat nu? [Internet] [aangehaald op 10-01-2009]. Bereikbaar op <http://www.praktijkindex.nl/rtm/?s=validatiepiramide>
- Kolijn, R. 2009. *Verantwoordelijkheden rond vermijdbare sterfte. Een onderzoek naar de bijdrage van de HSMR in de analyse van vermijdbare sterfgevallen in het Kennemer Gasthuis te Haarlem*. MSc, iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam.
- Kool, T. Veen van der A., Westert, G. 2007. Sterftemaat is valide instrument. *Medisch contact* 62 (50): 2090-2091.
- Kuhn, M. & Siciliani, 2007. *Performance indicators for quality with adverse selection, gaming and inequality*. Discussie paper. London UK: Centre for economic policy research.
- Lilford, R., A.M Mohammed, D. Spiegelhalter, R. Thomson. 2004. Use and misuse of process and outcome data in managing performance of acute medical care: avoiding institutional stigma. *Lancet* 2004 (363): 1147-1154.
- Mainz, J. 2003. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care* 15 (6): 523-530.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Directie voorlichting en communicatie. 1997. Brochure: *De Kwaliteitswet Zorginstellingen*. [Internet] [aangehaald op 10-01-2009]. Bereikbaar op http://www.minvws.nl/folders/zzoude_directies/gzb/kwaliteitswet_zorginstellingen.asp
- Pollitt, C., S. Harrison, G. Dowswell, S. Jerak-Zuiderent, R. Bal. 2009. Performance regimes in health care: Institutions, critical junctures and the logic of escalation in England en The Netherlands. *Evaluation: the International Journal of Theory, Research & Practice*.
- Praktijkindex. 2008. *Veiligheidsprofiel*.
- Prismant. 2008. Wat is de HSMR? [Internet] [aangehaald op 10-01-2009]. Bereikbaar http://www.prismant.nl/Kwaliteit_en_Veiligheid/Dossiers/HSMR
- Schellekens, W. Berg, M. Klazinga, N. 2003. Vliegen en gevlogen worden. *Medisch contact*: 58 (8): 291-294 .
- Schuurhuls, A.2008. Registratie indicatoren faalt. *Medisch Contact*. 63 (16): 673-676.
- Segers, J. & Hutjes, J. 1999. De gevalstudie. Uit: Segers, J. *Methoden voor de maatschappijwetenschappen*. Assen: Van Gorkum.

Verheggen, F. 2005. Kwaliteitszorg en integrerend kwaliteitsmanagement in zorginstellingen. *ZM magazine* afl. 3: 2-7.

Voort, P.H.J.van der & E. de Jonge. 2007. Sterfte als maat voor kwaliteit. *Medisch contact*. 62 (43): 1766-1767

WRR. 2004. *Leren controleren*. Bewijzen van goede dienstverlening, WRR-Rapport 70.

Walburg, J. 2006. *Performance Management in Healthcare*. London: Routledge.

Wilderspin, J. & H. Bevan. 2006. Setting the scene. Uit: Walburg, J. 2006. *Performance Management in Healthcare*. London: Routledge.

Bijlage 1: Interviewlijsten

Lijst 1: Interview medewerkers kwaliteit

Kunt u vertellen hoe er invulling wordt gegeven aan het kwaliteitsbeleid?

- Welk kwaliteitssysteem
- Wat gaat er goed/minder goed
- Welke plaats in de organisatie
- Wie, hoe betrokken
- Bewustzijn medewerkers kwaliteitsbeleid
- Hoe wordt er verbeterd, bepaalde processen? (bv commissie)
- PDCA op de vloer?
- Hoe borgen

Heeft u een idee hoe er geleerd wordt bij verbeteren?

- nav voorbeeld van verbeterproject, ervaringen. Welk niveau leren? wie betrokken? hoe staan medewerkers hier in? teamniveau? informatieverspreiding? evaluaties? toetsing? cultuur fouten?

Wat wordt er gedaan met prestatie-indicatoren?

- Welke indicatoren? (IGZ, zichtbare zorg)
- Wat gebeurt er met uitkomsten indicatoren?
- Met de lijst in het jaarplan
- Wie en hoe geïnformeerd, gecommuniceerd, informatie uitwisseling
- Hoe leiden de uitkomsten tot leren en verbeteren?
- Wat vindt u van prestatie-indicatoren? Welk belang hecht u er aan?

Wat vindt u van de HSMR met behulp van RTM? ervaring?

- Hoe kan analyse leiden tot daadwerkelijke verbeteringen? Hoe ziet u dat voor u?
- Wordt de validatiepiramide gebruikt?
- Hoe ziet u RTM in de toekomst? Verwacht u problemen?
- Voordelen/nadelen
- Zijn er taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden omtrent HSMR geformuleerd? Wat staat er op papier?

Hoe vind verzameling van de data voor de HSMR plaats?

- registratie, welk proces, wie verzamelt, welke functies bij betrokken, hoe is de communicatie en samenwerking

Lijst 2: Interview andere functionarissen¹

Wat vind u van prestatie-indicatoren?

- Wat merkt u er van, hoe wordt u geïnformeerd? nuttig? welk belang hecht u er aan?

Wat merkt u van het kwaliteitsbeleid?

- Wordt u geïnformeerd? intrasysteem? hoe wordt u betrokken? PDCA cyclus werkvloer? hoe wordt het gemeten? worden er kwaliteitsverbeteringen doorgevoerd, wat merkt u daarvan?

Wat vindt u van de HSMR met behulp van RTM? ervaring?

- Hoe kan analyse leiden tot daadwerkelijke verbeteringen? Hoe ziet u dat voor u?
- Welke ervaring heeft u tot nu toe? Welke plaats heeft het in ASz, wat merkt u er van? Waar wordt het besproken?
- Hoe ziet u RTM in de toekomst? Verwacht u problemen en knelpunten?
- Voordelen, meerwaarde RTM? /nadelen
- Wensen/verwachtingen
- Wat wordt u taak binnen RTM?
- Wordt de validatiepiramide gebruikt?

Hoe vind verzameling van de data voor de HSMR plaats?

- registratie, welk proces a-z, wie verzamelt en registreert, welke functies bij betrokken, hoe is de communicatie en samenwerking, overleg codeurs en specialisten?

Heeft u een idee hoe er geleerd wordt bij verbeteren? en wat is de rol van het Leerhuis?

- nav voorbeeld van verbeterproject, ervaringen. Welk niveau leren? wie betrokken? hoe staan medewerkers hier in? teamniveau? informatieverspreiding? evaluaties? toetsing? cultuur fouten? overleggen?

¹ Voor de verschillende functionarissen lag de nadruk van het interview op verschillende hoofdvragen