

Bruikbaarheid en effectiviteit van kwaliteitsmodellen in de zorg

EEN BEOORDELING VAN VERSCHILLENDE KWALITEITSMODELLEN

Veel zorginstellingen ervaren de behoefte een zorgmanagementsysteem te ontwikkelen om de kwaliteit van zorg en de zorgprocessen te besturen en te verbeteren. Vele hebben daar ook een aanvang mee gemaakt. Voor de ontwikkeling van zo'n systeem kan gebruik worden gemaakt van kwaliteitsmodellen, zoals het INK-managementmodel (of de Europese, respectievelijk Amerikaanse equivalent), HKZ-certificatieschema's en normen Verantwoorde Zorg, Klinische paden en het Chronic Care Model. Maar wat is nu de waarde van dergelijke modellen bij het ontwikkelen van een zorgmanagementsysteem in een zorginstelling? In dit artikel beoordelen we deze vier kwaliteitsmodellen op basis van twee criteria. Ten eerste: in hoeverre draagt het betreffende kwaliteitsmodel bij aan het hanteren van drie complicerende factoren in de zorg (de toegenomen behoefte aan interdisciplinaire en interprofessionele zorg, aan verantwoord professioneel handelen en aan transparantie en *accountability*), en ten tweede: in hoeverre draagt het betreffende model bij aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg?

Inleiding

In haar rapport *Crossing the Quality Chasm* beschouwt het Amerikaanse Instituut of Medicine (IOM) verbetering van de zorg op zes prestatieaspecten:

1. Patiëntveiligheid: patiënten moeten in zorginstellingen net zo veilig zijn als thuis;
2. Effectiviteit: de zorg die wordt geleverd moet aantoonbaar effectief zijn; het gaat om *evidence-based* zorg;
3. Patiënt 'centraal': de keuzes en specifieke behoeften van de individuele patiënt moeten worden gerespecteerd;
4. Tijd: instroom- en wachttijden van patiënten moeten zo kort mogelijk zijn;



Kees Ahaus en Manda Broekhuis



Prof. dr. ir. C.T.B. Ahaus is hoogleraar kwaliteitsmanagement aan de Faculteit Bedrijfskunde van de Rijksuniversiteit Groningen. Daarnaast is hij directeur van TNO Management Consultants.

Dr. H. Broekhuis is universitaire docent aan de Faculteit Bedrijfskunde van de Rijksuniversiteit Groningen.

5. Efficiëntie: verspilling van mensen, materialen en middelen moet zo veel mogelijk worden voorkomen;
6. Billijk: zorg moet ongeacht geloof of etniciteit worden geleverd (Fernandopulle, 2002).

De gezondheidszorg staat voor de enorme opgave om verbeteringen op deze prestatieaspecten te realiseren in een tijd waarin de middelen om adequate zorg te leveren, beperkt zijn, terwijl de vraag naar zorg enorm groeit. Deze opgave is nog moeilijker te realiseren als we in ogenschouw nemen dat de complexiteit van het organiseren van een adequaat kwaliteitsniveau in de zorg de afgelopen decennia sterk is toegenomen. Drie complicerende factoren willen we hier noemen. Een eerste complicerende factor betreft de toegenomen behoefte aan *interdisciplinaire* (tussen artsen, paramedici en verpleegkundigen) en *interprofessionele zorg* (tussen verschillende specialismen). Enerzijds heeft dit te maken met de ontwikkeling in de zorgvraag: patiënten hebben vaak meerdere problemen en de verwevenheid tussen de problemen is groot. Anderzijds is er aan de aanbodzijde een aanzienlijke groei in de diagnose- en behandelmogelijkheden door technologische ontwikkelingen en de ontwikkeling van *evidence-based* kennis (Wilson, Holt en Greenhalgh, 2001). Beide ontwikkelingen hebben ertoe bijgedragen dat functies in de zorg meer gedifferentieerd en specialistischer zijn geworden, zodat meerdere zorgprofessionals vaak meer weten over een kleiner deel van een zorgvraag. Een tweede complicerende factor betreft het gegeven dat zorgprofessionals in een omgeving moeten werken waar zij niet alleen te maken hebben met patiënten en hun naasten, maar ook met medeprofessionals, managers en financiers. Al deze betrokkenen hanteren hun eigen perspectief als het gaat om de vraag welke zorg op welke manier geleverd moet worden. Echter, het zijn de zorgprofessionals die aan de dagelijkse zorg inhoud moeten geven (Broekhuis, 2001). Dit dagelijkse handelen vereist de bekwaamheid te kunnen reflecteren op het eigen denken en handelen, zodat keuzes weloverwogen kunnen worden gemaakt en uitgelegd (Verkerk et al., 2004). Kortom, er is sprake van een toegenomen behoefte aan verantwoord *professioneel handelen*.

Een derde complicerende factor betreft de toegenomen behoefte aan *transparantie* en *accountability* in de organisatie, in de bedrijfsprocessen en in de prestaties die worden geleverd. *Accountability* moet worden gezien als de verplichting die de zorgaanbieder voelt of heeft om uitleg of rechtvaardiging te geven over het handelen en de resultaten daarvan; transparantie is een voorwaarde daarvoor. Zorginstellingen en professionals worden door steeds meer stakeholders aangesproken zich te verantwoorden over hun beleid en handelen. Deze roep om meer transparantie over onder meer patiëntveiligheid en patiëntervaringen is natuurlijk niet alleen een complicerende factor, maar ook een stimulerende factor om adequate kwaliteit van zorg te leveren.

Zorginstellingen in Nederland hebben sinds de Leidschendam-conferenties enorm veel energie gestoken in het beheersen, borgen, aantoonbaar maken en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Uit studies van het NIVEL (Wagner, De Bakker en Sluijs, 1995; Sluijs en Wagner, 2000) blijkt overigens dat tal van pro-

jecten en activiteiten zijn gestart, maar dat veel van de instellingen nog geen samenhangend zorgmanagementsysteem hebben bereikt. Vanwege de genoemde drie complicerende factoren is er wel een grote behoefte om zo'n zorgmanagementsysteem te ontwikkelen. Daarbij wordt dikwijls ondersteuning gezocht bij de diverse kwaliteitsmodellen die specifiek voor de zorg zijn ontwikkeld of in een toegepaste vorm voor de zorg bruikbaar zijn gemaakt, zoals het INK-managementmodel (of de Europese equivalent EFQM Excellence Model of het Amerikaanse Malcolm Baldrige Quality Award Criteria Framework), certificerings- en accreditatiemodellen zoals HKZ- of NIAZ-normen en normen Verantwoorde Zorg, en modellen gericht op zorgprocessen, zoals Klinische paden en het Chronic Care Model. De populariteit van de kwaliteitsmodellen is enorm. Dit heeft vooral te maken met de complexiteit van het vraagstuk hoe kwaliteit van zorg moet worden bestuurd (zie ook Grol, 2001). Het doel van de inspanning – het verbeteren van een veelomvattend en ambigu begrip als kwaliteit van zorg – is al diffuus, en het geheel aan mogelijke interventies is zeer omvangrijk. Dit leidt ertoe dat leidinggevend en zorgprofessionals in de praktijk op zoek gaan naar een begrippenapparaat dat steun biedt bij het voeren van een gesprek over kwaliteit en kwaliteitsmanagement in de zorg, dat enige zekerheid biedt dat men 'de goede dingen goed doet' en dat het gevoel geeft dat er samenhangend aan het vraagstuk wordt gewerkt.

In deze bijdrage beoordelen we vier kwaliteitsmodellen op basis van twee criteria:

1. in hoeverre dragen de kwaliteitsmodellen bij aan het effectief hanteren van de drie complicerende factoren in de zorg;
2. in hoeverre dragen de kwaliteitsmodellen bij aan het verhogen van de geleverde kwaliteit van zorg?

Beantwoording van deze vragen heeft met name een praktische waarde, omdat de antwoorden door zorginstellingen meegewogen kunnen worden in hun keuze voor een bepaald kwaliteitsmodel. Dit kwaliteitsmodel kan als middel worden gebruikt bij het opzetten en invoeren van een zorgmanagementsysteem.

Dit artikel is als volgt opgebouwd. In de volgende paragraaf wordt een definitie van een kwaliteitsmodel gegeven en wordt de verantwoording van de studie beschreven. De kwaliteitsmodellen worden vervolgens kort beschreven, en er wordt voor elk model een antwoord gegeven op de bovengenoemde twee vragen. In de afsluitende paragraaf worden de resultaten van de studie bediscussieerd.

1. Methode van onderzoek

Een kwaliteitsmodel is een geheel van variabelen en relaties tussen deze variabelen:

- waarmee zo goed mogelijk een zorgmanagementsysteem in de werkelijkheid kan worden *beschreven*;
- waarmee *normatief* aanwijzingen worden aangegeven hoe met dit zorgmanagementsysteem in de praktijk prestaties zouden kunnen worden verbeterd.

De modellen kenmerken zich alle door een dynamisch verband tussen de implementatie van zogenaamde *enablers* en resultaten voor cliënten en andere stakeholders (Minkman, Ahaus en Huijsman, 2007).

In deze studie is een aantal selectiecriteria gehanteerd ten aanzien van de te bespreken modellen. Zo moet het model in elk geval *beogen* bij te dragen aan de kwaliteit van zorg. Bovendien beperken we ons tot modellen die zowel in beschrijvende als in normatieve zin weergeven hoe kwaliteit van zorg kan worden gerealiseerd. Een ander criterium is dat wensen van meerdere stakeholders binnen het model in beschouwing genomen worden. Het in beschouwing nemen van meerdere stakeholders (klanten, medewerkers en maatschappij) past bij de brede opvatting van kwaliteit zoals Nabitz, Klazinga en Walburg (2000) die geven. Sturen op de waardering van één enkele stakeholder zou binnen zo'n opvatting suboptimalisatie betekenen. Een laatste criterium is dat een specifiek voor de gezondheidszorg uitgewerkte versie beschikbaar moet zijn. Van Six Sigma is er nog geen op de zorg toegespitste versie. Bovendien is het model niet normatief.

Met de eerste onderzoeksvraag wordt onderzocht of een kwaliteitsmodel handvatten biedt om de drie complicerende factoren in de dagelijkse zorgpraktijk te hanteren. Daartoe is voor elk model in de documentatie van het grondlegend instituut (INK, EFQM, HKZ, NIAZ, normen Verantwoorde Zorg) of in artikelen van grondleggers van een model (Klinische paden, Chronic Care Model) gezocht naar een antwoord op de volgende vragen:

- wordt er op enigerlei wijze aandacht besteed aan het interdisciplinaire en interprofessionele karakter van de zorg;
- wordt er op enigerlei wijze – bijvoorbeeld door aandacht te besteden aan opleiding en ontwikkeling van professionals of door het geven van feedback door peers – aandacht besteed aan het bewaken en bevorderen van het professionele handelen;
- wordt er op enigerlei wijze aandacht besteed aan transparantie en *accountability*, door bijvoorbeeld aandacht te schenken aan accreditatie en visitatie en aan het werken met performance-indicatoren?

Het onderzoeken van de tweede onderzoeksvraag moet inzicht geven of het interveniëren in de wijze van organisatie met behulp van een kwaliteitsmodel leidt tot betere resultaten: is de zorg veiliger, effectiever, efficiënter, meer tijdig? Stelt het de patiënt meer centraal? Is het minstens billijk?

In de databases van PubMed en Cochrane is gezocht naar relevante literatuur in de periode van 1995 tot medio 2006. Als zoektermen zijn gebruikt de naam van het model – en varianten hierop – en de zoektermen '*benefit*', '*effect*' en '*result*'. We hebben een nadere selectie gemaakt van relevante publicaties door ons te beperken tot studies waarbij de onderzochte modellen expliciet onderwerp van onderzoek zijn en waarbij meerdere elementen van het model in beschouwing zijn genomen. Vervolgens is geselecteerd op methode van onderzoek. Systematische reviews en gerandomiseerde gecontroleerde trials zijn in elk geval meegenomen in ons onderzoek.

Om de beide onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden worden in de volgende paragraaf van elk model eerst het doel en de uitgangspunten gegeven. Voor het duiden van het doel wordt gebruikgemaakt van de indeling in typen doelen zoals weergegeven in figuur 1 (zie Ahaus, 2006).

Figuur 1. Doelen van kwaliteitsmodellen

Verantwoorden over resultaten
Sturen en benchmarken van resultaten met behulp van prestatie-indicatoren
Verbeteren van processen en de organisatie
Beheersen van risico's in de processen
Inspireren tot een zingevende dialoog over de professionele kern van het werk

Vervolgens wordt een korte beschrijving van elk model gegeven door in te gaan op de inhoud en werkwijze van een model. Op basis van literatuuronderzoek zijn de twee onderzoeksvragen voor de volgende kwaliteitsmodellen besproken:

- INK-managementmodel (vergelijkbaar met het Europese equivalent EFQM Excellence Model en het Amerikaanse Malcolm Baldrige Quality Award Criteria Framework);
- HKZ, NIAZ en normen Verantwoorde Zorg;
- Klinische paden;
- Chronic Care Model.

2. Kwaliteitsmodellen gewaardeerd

INK-MANAGEMENTMODEL

Doelen

Het INK-managementmodel (EFQM Excellence Model, Malcolm Baldrige Quality Award Criteria Framework) wordt vooral toegepast om op basis van een diagnose processen in de organisatie te verbeteren en om met behulp van prestatie-indicatoren te sturen op resultaten voor de stakeholders (zie figuur 1). Het INK-managementmodel is de Nederlandse variant van het EFQM Excellence Model, dat vergelijkbaar is met het Amerikaanse Malcolm Baldrige Quality Award Criteria Framework. Van zowel het EFQM Excellence Model als van de Malcolm Baldrige Award Criteria is een specifieke gezondheidszorgvariant beschikbaar.

Inhoud van het model

In het INK-managementmodel worden negen aandachtsgebieden onderscheiden, vier resultaatgebieden (bestuur en financiers; klanten en leveranciers; medewerkers; maatschappij) en vijf organisatiegebieden (leiderschap; strategie en beleid;

management van medewerkers; management van middelen; management van processen). Op de resultaatgebieden wordt voor de verschillende stakeholders de wat-vraag gesteld: wat boeit en bindt de stakeholder, wat maakt deze tevreden en wat loyaal? Organisatiegebieden gaan over de hoe-vraag: hoe is invulling gegeven aan het organiseren op het desbetreffende gebied?

Werkwijze

Ten behoeve van verbetering kan met het INK-managementmodel een diagnose worden uitgevoerd, de zogenaamde positiebepaling of de iets meer uitgebreide zelfevaluatie. In een dergelijke diagnose wordt voor ieder organisatiegebied en resultaatgebied vastgesteld in welke van de vijf ontwikkelingsfasen de organisatie of organisatie-eenheid zich bevindt. Hierna kunnen verbeterpunten worden afgeleid om een volgende ontwikkelingsfase te bereiken. De vijf ontwikkelingsfasen zijn activiteitgeoriënteerd; procesgeoriënteerd; systeemgeoriënteerd; ketengeoriënteerd; transformatiegeoriënteerd.

Ten behoeve van sturing wordt op de resultaatgebieden het beleid van de zorginstelling verwoord en gevolgd met behulp van prestatie-indicatoren. Door deze toepassing kan het INK-managementmodel worden geïntegreerd in de planning & controlcyclus met meerjarenbeleidsplannen, jaarplannen en managementrapportages.

Analyse van het model wat betreft de complicerende factoren

In het INK-managementmodel wordt niet geëxpliciteerd dat het beoogt bij te dragen aan interdisciplinair werken in de zorg. Er wordt wel aandacht gevraagd voor professionaliteit. Bij het organisatiegebied 'management van processen' moet namelijk rekening worden gehouden met de 'specifieke eisen en mogelijkheden van de professional, het type medewerker dat met kennis van zaken en ervaring vaak autonoom moet handelen'. Sturen op resultaten met behulp van prestatie-indicatoren draagt bij aan transparantie en *accountability*.

Effectiviteit van het model

Een van de conclusies uit een literatuurstudie (Minkman, Ahaus en Huijsman, 2007) is dat de *evidence* van het werken met INK, EFQM of MBQAF beperkt is. In deze studie zijn binnen de gezondheidszorg geen systematische reviews, geen gerandomiseerde trials en geen gecontroleerde trials aangetroffen. Twee van de veertien gevonden niet-gecontroleerde casestudies in de gezondheidszorg (Shortell et al., 1995; Goldstein en Schweikhart, 2002) zijn vermeldenswaard, omdat ze zich onderscheiden door het feit dat hierin de relatie tussen de ontwikkelingsfase en resultaten door statistisch testen is onderzocht. Shortell et al (1995) vonden in een onderzoek onder 61 Amerikaanse ziekenhuizen dat ziekenhuizen met een cultuur van participatie, teamwork, risico nemen, persoonlijke ontwikkeling en decentrale focus werden gekenmerkt door een sterkere implementatie van *quality improvement*. Ook werden significante correlaties gevonden tussen de mate van implementatie van *quality improvement* en verbeterde prestaties aangaande medewerkerswaardering, gezondheidsuitkomsten en patiëntwaardering. Niet

significant waren de correlaties van *quality improvement* en financiële resultaten en efficiency (uitgedrukt in de duur van de opname).

Goldstein en Schweikhart (2002) hielden een survey waarbij is onderzocht of de Baldrige-categorieën 1 tot en met 6 (leiderschap; strategische planning; focus op patiënten, klanten en markten; informatie en analyse, focus op medewerkers en procesmanagement) voorspellers zijn voor patiëntwaardering, gezondheidsuitkomsten, financiële en marktresultaten, medewerkerswaardering, en organisatie-specifieke resultaten. In totaal 220 kwaliteitsmanagers van Amerikaanse ziekenhuizen vulden een vragenlijst in. Alle relaties tussen Baldrige-categorieën 1 tot en met 6 en elk van de vijf resultaatdimensies bleken statistisch significant, met als kanttekening dat gezondheidsuitkomsten en financiële resultaten minder sterk werden voorspeld. Opgemerkt moet worden dat bij een eenmalige meting geen rekening wordt gehouden met een eventuele tijdsvertraging tussen het werken met het kwaliteitsmodel en gezondheidsuitkomsten, respectievelijk financiële resultaten. Onderzoek naar de effectiviteit van het model vraagt eigenlijk om een longitudinaal design.

HKZ, NIAZ EN NORMEN VERANTWOORDE ZORG

HKZ en NIAZ

Doelen

De HKZ-normen en de NIAZ-normen hebben als doelen het beheersen van de risico's in processen en het verbeteren van de processen en de organisatie (zie figuur 1). De HKZ-normen en de NIAZ-normen zijn Nederlandse producten.

Inhoud van het model

Het HKZ-model bestaat uit negen rubrieken met criteria voor een zorgmanagementsysteem: drie rubrieken die het primaire proces betreffen en vanuit het perspectief van de cliënt zijn geformuleerd (indicatie/intake, uitvoering en evaluatie/nazorg), en zes rubrieken die zijn gericht op de organisatie van de zorg (beleid en organisatie, personeel, onderzoek, fysieke omgeving en materiaal, inkopen en uitbesteden van diensten en documentenbeheer) (Frissen en Gommers, 2004). Het HKZ-harmonisatiemodel en de sectorspecifieke certificeringsschema's worden in veel Nederlandse organisaties in de gezondheidszorg gebruikt. Ze zijn ontstaan uit afspraken tussen zorgaanbieders, verzekeraars en cliënten. Voor meer dan twintig sectoren (waaronder de verpleging, verzorging en thuiszorg; de geestelijke gezondheidszorg; de gehandicaptenzorg) is een certificatieschema opgesteld met de structuur van het harmonisatiemodel.

Het normenstelsel van het Nederlands Instituut Accreditatie Ziekenhuizen (NIAZ) is begin jaren negentig voortgekomen uit de samenwerking tussen TNO en de Stichting PACE (Proefproject Accreditatie). Het stelsel bestaat uit in totaal 36 normen voor ziekenhuisafdelingen en een ziekenhuisbrede NIAZ-kwaliteitsnorm Zorginstellingen. Bij de afdelingsnormen zijn eisen geformuleerd aangaande vijf rubrieken: beleid en organisatie, procesbeheersing, middelen en materia-

len, kennis en vaardigheden, borging van het kwaliteitssysteem. De NIAZ-kwaliteitsnorm Zorginstellingen is opgezet volgens de indeling van de INK-aandachtsgebieden. Het NIAZ voert de regie over de accreditatie van afdelingen of het gehele ziekenhuis, waarbij de toetsingen door vakgenoten plaatsvinden (*peer review*) en niet door certificatie-instellingen.

Werkwijze

In een nulmeting kan een instelling of afdeling vaststellen aan welke criteria van de betreffende HKZ- of NIAZ-norm wel of niet wordt voldaan. Afhankelijk van de uitkomst van deze inventarisatie zijn mogelijke activiteiten: het beschrijven van het primaire proces en het beheersen van kwaliteits- en patiëntveiligheidsrisico's hierin, het invulling geven aan risicovolle onderwerpen (bijvoorbeeld decubitus, vocht en voeding, farmaceutische zorg) en het invoeren van registraties. Ook stimuleren de normen om een kwaliteitsbeleid te formuleren, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in het primaire proces uit te werken en een proces van interne *auditing* van het zorgmanagementsysteem te ontwikkelen. Wanneer het zorgmanagementsysteem voldoende is ontwikkeld, kan certificatie respectievelijk accreditatie worden aangevraagd.

Analyse van het model wat betreft de complicerende factoren

In de HKZ-normen wordt interdisciplinair samenwerken niet of nauwelijks geëxpliciteerd. Wel wordt in twee rubrieken van de HKZ-normen ingegaan op professioneel handelen en professionele verantwoordelijkheid als belangrijke bouwstenen voor kwaliteit.

In de ziekenhuisbrede NIAZ-kwaliteitsnorm Zorginstellingen wordt aandacht gevraagd voor interne samenwerking en samenwerkingsrelaties buiten het ziekenhuis. In zowel de afdelingsnormen als de ziekenhuisbrede norm wordt aandacht besteed aan professioneel handelen. De waarborging hiervan wordt vooral vanuit de organisaties van beroepsbeoefenaren geregeld. NIAZ stelt dat zij vooral de organisatorische aspecten van kwaliteit wil waarborgen.

De normen dragen enigszins bij aan transparantie en *accountability*. Het wel of niet gecertificeerd of geaccrediteerd zijn is immers een indicatie voor de ontwikkeling van het zorgmanagementsysteem. Ook wordt er in de normen enige aandacht gevraagd voor prestatie-indicatoren voor medewerkerswaardering, waardering van verwijzers of andere ketenpartners, cliëntwaardering en zorguitkomsten.

Effectiviteit van het model

Er is nog nauwelijks onderzoek gedaan naar effecten in de zorg door het werken met de HKZ-normen. Wel is uit het onderzoek van Lemmens, Harteloh en Walburg (2003) bij de geestelijke gezondheidszorg, de thuiszorg, de apotheek, de ambulancediensten en de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) naar voren gekomen dat instellingen met een certificaat vaker uitkomsten meten dan instellingen zonder certificaat. Onder uitkomsten wordt verstaan: klinische uitkomsten, cliënttevredenheid, kosten en kwaliteit van leven. Als verklarende variabele geldt een 'goed opgezet kwaliteitsbeleid'. De interessante vraag of HKZ-gecertifi-

ceerde instellingen betere uitkomsten hebben dan niet-gecertificeerde instellingen is verkend aan de hand van de benchmarkgegevens in de thuiszorg. Er werden geen significante verschillen in cliëntoordeel, doelmatigheidsscore, kosten per betaal- en contactuur en productiviteit gevonden tussen instellingen met certificaat of daaraan werkend en instellingen zonder certificaat. Over de effecten die het gebruik van het NIAZ-model zouden opleveren, zijn geen publicaties bekend.

Normen Verantwoorde Zorg

Doelen

De doelen die de normen Verantwoorde Zorg hebben, zijn het inspireren tot een dialoog over de professionele kern van het werk, het beheersen van risico's en het verbeteren gericht op kwaliteit van leven. In aanvulling op de normen worden ook zogenaamde toetsingskaders aangereikt die dienen voor het doel verantwoord (zie figuur 1).

De normen Verantwoorde Zorg en de bijbehorende toetsingskaders (te gebruiken door de Inspectie voor de Gezondheidszorg) zijn van recente datum. Voor de intramurale verpleeg- en verzorgingshuiszorg (V&V) zijn deze in 2005 vastgesteld, en in 2006 voor de zorg geïndiceerd voor cliënten in de thuissituatie. Ook in andere zorgsectoren zoals de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg wordt aan normen Verantwoorde Zorg gewerkt.

Inhoud van het model

In de normen voor de intramurale verpleeg- en verzorgingshuiszorg worden vier domeinen voor kwaliteit van leven onderscheiden: lichamelijk welbevinden/gezondheid, woon-/leefomstandigheden, participatie en mentaal welbevinden. De verantwoorde zorg rust op twee pijlers: regie over het eigen leven op basis van een zorg(behandel)-/leefplan enerzijds en communicatie en informatie anderzijds. Het zorg(behandel)-/leefplan moet in samenspraak met de cliënt tot stand komen en invulling geven aan de vier domeinen. De pijler communicatie en informatie beoogt dat afspraken tussen cliënt en zorgaanbieder tot tevredenheid van de cliënt zijn gemaakt en worden nagekomen. De normen zijn interessant, omdat ze een invulling geven aan hoe de zorgverlening kwaliteit van leven of van bestaan kan ondersteunen.

Werkwijze

De normen inspireren tot een dialoog over professionele keuzes in het dagelijkse werk. Wat verstaan de zorgverleners in de praktijk bijvoorbeeld onder passende hulp bij wassen of douchen (domein lichamelijk welbevinden/gezondheid), wat onder thuis voelen (domein woon-/leefomstandigheden), wat onder een woon- en leefomgeving waar iets te beleven is, die uitnodigt tot intermenselijk contact en waar menselijke warmte voelbaar is (domein participatie) en wat onder ondersteuning bij depressies (domein mentaal welbevinden). Deze dialoog voert tot de professionele kern van het werk.

De bijbehorende toetsingskaders zijn wat opzet betreft vergelijkbaar met de indicatoren die al langer worden gebruikt binnen ziekenhuizen. Hierin wordt infor-

matie op zo'n veertig indicatoren gevraagd over belevingen en ervaringen van cliënten volgens de zogenaamde Consumer Quality Index (bijvoorbeeld de mate waarin cliënten zich als schoon en verzorgd ervaren) en over objectief vast te stellen indicatoren aangaande veiligheid (bijvoorbeeld het percentage intramuraal verblijvende cliënten dat te maken had met een valincident). Door de introductie van de toetsingskaders gaan de zorginstellingen werken aan de registratie en de verbetering van de scores op de prestatie-indicatoren.

Analyse van het model wat betreft de complicerende factoren

Het model bevat criteria die betrekking hebben op de professionele kwaliteit van zorgverleners en op een professionele zorgorganisatie. Daarin sluiten de normen Verantwoorde Zorg aan op de HKZ-normen. Bij professionele kwaliteit van zorgverleners moet worden gedacht aan het uitvoeren van een zorg(behandel)- of leefplan, aan het in kaart brengen van gezondheidsrisico's, aan richtlijnen voor risicovolle onderwerpen (zoals decubitus, vocht en voedsel, farmaceutische zorg) en aan een gedragscode. Bij een professionele zorgorganisatie kan worden gedacht aan verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden, aan afstemming van de formatie op de samenstelling van de cliëntpopulatie, zorgbehoeften en zorgzwaartes, aan afstemming in de keten, aan deskundigheidsbevordering en aan het benutten van resultaten uit cliënt- en medewerkerswaarderingsonderzoeken. Duidelijk is dat de normen Verantwoorde Zorg beogen bij te dragen aan reflectie op verantwoord professioneel handelen.

Een interdisciplinaire benadering is niet een afzonderlijk aandachtspunt. Met de toetsingskaders van prestatie-indicatoren wordt in het kader van transparantie en *accountability* meer informatie gegeven dan volgt uit het wel of niet hebben van een certificaat of keurmerk.

Effectiviteit van het model

De normen Verantwoorde Zorg zijn nog nauwelijks ontloken. Er is nog geen empirisch onderzoek beschikbaar naar de effecten van het werken met deze normen op het oogmerk ervan, namelijk de verbetering van kwaliteit van leven.

KLINISCHE PADEN

Doelen

Klinische paden (*clinical pathways, critical pathways, care pathways, integrated care pathways, care maps*) hebben verschillende doelen: het beheersen van risico's, het verbeteren van processen (patiënttevredenheid en gebruik van resources) en het sturen met behulp van prestatie-indicatoren (zie figuur 1). Klinische paden worden beschouwd als een methode voor het management van de patiëntgerichte zorg aan een duidelijk afgebakende groep patiënten gedurende een duidelijk afgebakende tijdsperiode (De Bleser et al., 2006). Het is een manier om processen te beheersen en mogelijk te standaardiseren, de taken van een multidisciplinair en interprofessioneel team op elkaar af te stemmen, en zorg te leveren op basis van *evidence-based* kennis (De Bleser et al., 2006; Ignatavicius en Hausman, 1995; Vanhaecht et al., 2002; Campbell et al., 1998). Verder wordt het gezien als een

generieke methode om allerlei typen zorgprocessen te beheersen. Daarbij wordt wel een onderscheid gemaakt tussen:

- gestandaardiseerde klinische paden (voorspelbaarheid op het niveau van een groep patiënten); en
- patiëntspecifieke klinische paden (voorspelbaarheid op het niveau van een individuele patiënt); en
- casemanagement (complexe en onvoorspelbare zorg) (Vanhaecht et al., 2002).

Inhoud van het model

Klinische paden worden beschreven als een verzameling van methoden, procedures en hulpmiddelen voor het leveren van georganiseerde en efficiënte multidisciplinaire zorg aan patiënten met een bepaald ziektebeeld of diagnose (Vanhaecht et al., 2002). Het betreft met name methoden en technieken om duidelijk te beschrijven wie welke taken in een zorgtraject uitvoert en wanneer. Het werken volgens het concept van klinische paden beoogt betere prestaties op verschillende gebieden uitgedrukt in diverse indicatoren: klinische indicatoren zoals infectiegraad, pijn, zelfredzaamheid; service-indicatoren als veiligheidsgevoel en patiënttevredenheid; teamindicatoren (bijvoorbeeld teameffectiviteit); procesindicatoren (onder meer de mate van overeenstemming van het feitelijke zorgtraject met het beschreven klinische pad); en financiële indicatoren (bijvoorbeeld verblijfsduur, kosten).

Werkwijze

De ontwikkeling van een klinisch pad houdt in dat eerst de doelstellingen worden bepaald en de gewenste prestatie-indicatoren en prestatienormen worden benoemd. Vervolgens is het de bedoeling dat de huidige prestaties in kaart worden gebracht. Daarna worden het zorgproces en de bijbehorende organisatie van het proces uitvoerig beschreven met een processchema, een *time-task* (een matrix waarin is aangegeven welke taken moeten worden uitgevoerd door welke functionaris, uitgezet in de tijd) en een procedure hoe het klinische pad moet worden aangestuurd. De groep professionals die in het pad werken, ontwikkelen gezamenlijk als team het pad en voeren de taken van het klinisch pad ook uit. Feitelijk betekent dit dat een werkgroep wordt samengesteld waarin de betrokken disciplines zijn vertegenwoordigd, en dat vervolgens een team wordt geformeerd dat verantwoordelijk is voor de uitvoering en aansturing van het klinisch pad.

Analyse van het model wat betreft de complicerende factoren

Het concept van klinische paden is expliciet gericht op het coördineren van interdisciplinaire en interprofessionele zorg. De groep professionals die in het klinische pad werkzaam zijn, ontwikkelen het zorgpad dan ook gezamenlijk. Uit een survey naar het gebruik van klinische paden in 23 landen (Vanhaecht et al., 2006) uitgevoerd door de European Pathway Association blijkt echter dat in de praktijk lang niet altijd alle relevante disciplines worden betrokken bij het ontwerp en de implementatie van een pad. Uit dezelfde studie blijkt wel dat de ontwikkeling van een klinisch pad wordt ervaren als een communicatie-instrument om de interdisciplinaire en professionele zorg af te stemmen.

Het is niet bekend hoe de mix van indicatoren het gedrag van zorgprofessionals beïnvloedt en verantwoord professioneel handelen stimuleert. Het concept klinisch pad geeft bijvoorbeeld niet aan hoe moet worden gehandeld in situaties waarbij een keuze voor de inrichting van een pad positief scoort op de ene indicator, maar negatief op een ander. Het professioneel handelen wordt wel ondersteund, doordat het werken conform *evidence-based* richtlijnen en procedures een expliciet bespreekpunt is in het team en een uitgangspunt van het concept klinische paden.

De prestaties van het team worden gemonitord op basis van een set van prestatie-indicatoren. Welke indicatoren en doelstellingen men kiest, wordt veelal overgelaten aan het team en/of de direct leidinggevende. Dit alles leidt tot transparantie op het niveau van het betreffende zorgproces. Echter, niet op het niveau van de organisatie, aangezien een klinisch pad zich niet richt op de gehele bedrijfsvoering van een organisatie (onder meer strategie, leiderschap, HRM-beleid en het gebruik van resources).

Effectiviteit van het model

Of het werken met klinische paden leidt tot een betere kwaliteit van zorg is niet eenvoudig vast te stellen. Ten eerste vindt onderzoek naar de effectiviteit van een klinisch pad bijna altijd plaats op het niveau van één ziektebeeld; dit maakt het lastig om generieke uitspraken te doen over het concept. Ten tweede is er zeer weinig eenduidigheid over wanneer een nieuwe vorm van procesbeheersing het predicaat klinisch pad mag dragen. Verschillende auteurs gebruiken de term klinisch pad om zeer verschillende initiatieven te beschrijven (zie ook De Bleser et al., 2006). Het kan bijvoorbeeld gaan om het werken volgens *evidence-based* protocollen en richtlijnen (Loeb et al., 2006), of om de betrokkenheid van meerdere disciplines en het gebruik van documentatie (Kwan en Sandercock, 2004). Vanhaecht et al. (2006) concluderen dan ook dat door het gebrek aan eenduidigheid in het definiëren en implementeren van het concept klinische paden, het zeer lastig is om studies te evalueren en de uitkomsten te vergelijken.

De enige systematische review uit de Cochrane-database betreft die van Kwan en Sandercock (2004). Zij onderzochten de effecten van een klinisch pad in ziekenhuizen in vergelijking met de standaard medische zorg voor mensen met een acute beroerte. Drie gerandomiseerde gecontroleerde trials (340 patiënten) en twaalf niet-gerandomiseerde studies (waarbij 4081 patiënten waren betrokken) werden in het onderzoek opgenomen. Daaruit bleek dat er geen statistisch significante verschillen zijn tussen een klinisch pad en de controlegroep wat betreft sterfte of de plaats waarnaar men vanuit het ziekenhuis werd doorverwezen. Ook bleek dat patiënten die in een klinisch pad waren geholpen bij ontslag uit het ziekenhuis meer afhankelijk waren, minder vaak een urineweginfectie hadden, minder vaak terugkwamen in het ziekenhuis, en vaker neurologische verschijnselen (verlammingen, spraakstoornissen) vertoonden. Uit enkele gerandomiseerde trials die in deze review waren betrokken, bleek dat klinische paden significant lager scoorden op patiënttevredenheid en kwaliteit van leven. Uit enkele andere reviewstudies (Renholm et al., 2002; Darer, Pronovost en Bass,

2002; Dy et al., 2005; Van Herck et al., 2004) lijkt een patroon naar voren te komen dat organisatie van de zorg volgens de principes van klinische paden leidt tot een verkorting van de ligduur en doorlooptijd en minder kosten per patiënt. Gelijk of iets minder goed scoorden de klinische paden op klinische uitkomsten en teamindicatoren.

CHRONIC CARE MODEL

Doelen

Het Chronic Care Model beoogt vooral de eerstelijnszorg beter te organiseren. Het Chronic Care Model is een handreiking voor *disease management*, een integrale benadering van zorg waarbij de gehele zorgketen van een ziekte wordt geoptimaliseerd. Aan het Chronic Care Model ligt de overtuiging ten grondslag dat door processturing in multidisciplinair verband resultaten kunnen worden verbeterd. Het Chronic Care Model geeft invulling aan het sturen op een klein aantal waarden die betrekking hebben op de conditie van de patiënt. Voor de diabetespatiënt bijvoorbeeld HbA1c, LDL-cholesterol, bloeddruk, uitslag oog- en voettest. Het Chronic Care Model geeft dus vooral invulling aan de volgende twee doelen: verbeteren van het proces en het sturen van ziektebeeldspecifieke resultaten (zie figuur 1).

Inhoud van het model

Edward Wagner, directeur van het MacColl Institute, leidde in 2000 een nationaal programma in de Verenigde Staten waarin op zes gebieden werd beoogd de klinische resultaten voor bepaalde chronische ziekten te verbeteren. De zes gebieden zijn (Wagner, Glasgow en Davis, 2001; Bodenheimer, 2003):

- *health care organization*: voorbeelden zijn het ontwikkelen van de leiderschapsrol van het management en het participeren van zorgverleners bij continu verbeteren;
- *community linkages*: het stimuleren en regelen van het gebruik van programma's die in de omgeving van de chronisch zieke beschikbaar zijn;
- *self-management support*: zelfmanagement van de patiënt ontwikkelen door opleiding in vaardigheden en probleemoplossing en door een zorgplan op te stellen met gezamenlijk overeengekomen doelen;
- *delivery system design*: werken met geplande afspraken, casemanagement en de vorming van zorgteams;
- *decision support*: werken met stroomschema's met daarin opgenomen *evidence-based* richtlijnen en het trainen van zorgverleners in de dagelijkse uitvoering en organisatie van zorgtaken;
- *clinical information systems*: registraties bijhouden van patiënten, informatie verschaffen aan de arts over diens prestaties in vergelijking met collega's, werken met een herinneringssysteem voor afspraken.

De veronderstelling is dat de gezondheidsuitkomsten verbeteren juist door het in samenhang toepassen van interventies op de zes gebieden. De samenhangende benadering is nodig vanwege de complexiteit van de situatie van patiënten met

een chronische ziekte. Een patiënt met bijvoorbeeld diabetes heeft dikwijls ook hart- en/of vaatproblemen.

Chronische ziekten zijn ziekten die niet binnen zes maanden volledig genezen, of te genezen zijn, of ziekten waarbij over het algemeen geen uitzicht is op volledige genezing. Hierbij kan worden gedacht aan CVA (beroerte), COPD, diabetes mellitus, hartfalen, RA (reumatoïde artritis), kanker, maar ook aan chronische psychische klachten zoals depressie en dementie (Rosendal, 2006). Patiënten met chronische ziekten hebben meer behoefte aan zorg; voor een relatief klein deel ziekenhuiszorg en voor een groot deel eerstelijnszorg. Aanvankelijk ging het bij de toepassing van het Chronic Care Model vooral om diabetespatiënten, later is het model vooral in de Verenigde Staten en Canada ook toegepast voor patiënten met hartfalen, depressie en astma.

Werkwijze

De werkwijze in een dikwijls meerjarig programma is bijvoorbeeld als volgt. Doelstellingen worden geformuleerd voor een klein aantal prestatie-indicatoren die karakteristiek zijn voor het ziektebeeld. Een registratie wordt opgezet, waarna artsen benchmarkinformatie krijgen over de eigen prestaties ten opzichte van collega's. De gegevens worden gebruikt om bij te sturen volgens de *plan-do-check-act*-cirkel. Patiënten worden gevraagd zich beter voor te bereiden op het spreekuur. Nurse practitioners worden ingezet om het zelfmanagement van de patiënt te ondersteunen. *Evidence-based* richtlijnen worden ingebed in de voortdurende opleiding die wordt verzorgd. Zorgverleners werken aan de hand van een stroomschema en hebben een checklist voor de informatie die over de patiënt verzameld moet worden.

Analyse van het model wat betreft de complicerende factoren

In programma's waar het Chronic Care Model wordt gebruikt, werken multidisciplinaire teams van bijvoorbeeld huisartsen, assistenten en praktijkverpleegkundigen. De professionaliteit wordt gestimuleerd in interactieve opleidingsmomenten en door het analyseren van feedback over bereikte resultaten. Transparantie en *accountability* zijn geen expliciete doelstellingen van het Chronic Care Model.

Effectiviteit van het model

Welke evidence is er voor het Chronic Care Model? In een andere studie (Minkman, Ahaus en Huijsman, 2007) zijn we twee systematische reviews tegengekomen (Bodenheimer, Wagner en Grumbach, 2002; Tsai et al., 2005), één gerandomiseerde trial (Piatt, Orchard en Emerson, 2006), vijf gecontroleerde trials en tien niet-gecontroleerde casestudies. Het onderzoek van Bodenheimer, Wagner en Grumbach (2002) leidde tot de conclusie dat in 32 van de 39 onderzochte studies de interventies geordend naar de zes gebieden tot een verbetering leidden op ten minste één proces- of uitkomstindicator voor diabetespatiënten. In 18 van de 27 studies (hartfalen, astma en diabetes) werden ook lagere kosten of een lager zorggebruik gerapporteerd. De inzet van multiple CCM-elementen leidde tot betere resultaten dan de inzet van enkele CCM-elementen. Tsai et al (2005) namen 112 studies (astma, hartfalen, depressie, diabetes) mee in hun meta-analyse. Alleen

gecontroleerde studies (gerandomiseerd en niet-gerandomiseerd) met interventies op een of meer van de zes CCM-elementen werden bestudeerd. Voor vier van de CCM-elementen (*delivery system design*, *self-management support*, *decision support* en *clinical information systems*) werden betere uitkomsten gepresenteerd. Vooral interventies aangaande *delivery system design* en *self-management support* leidden tot betere gezondheidsuitkomsten. Interventies op *decision support* hadden vooral significante effecten op procesuitkomsten. Er werd overigens geen effect op de maatstaf voor kwaliteit van leven gerapporteerd. In het onderzoek van Piatt, Orchard en Emerson (2006) werden patiënten van drie praktijken in de eerstelijnsdiabeteszorg waar het Chronic Care Model is toegepast, vergeleken met drie praktijken waar alleen de zorgverleners opleiding hebben ontvangen, en met een controlegroep van vijf praktijken. De onderzoekers rapporteren verbeterde gezondheids- en gedraguitkomsten (zelfcontrole door diabetespatiënten, *empowerment*, welbevinden).

Alle gevonden studies over de effectiviteit van het Chronic Care Model zijn Amerikaans. Øvretveit (2004) stelt dat sommige aanpakken met interventies simpel kunnen worden vertaald naar het eigen systeem van gezondheidszorg. Bij andere doet het risico zich voor om ‘*lost in translation*’ te gaan. Øvretveit reikt een schema aan om interventies te doen waarbij rekening wordt gehouden met contextafhankelijkheid.

3. Discussie en conclusie

De complexiteit van het organiseren van een adequaat kwaliteitsniveau in de zorg neemt voortdurend toe. Drie complicerende factoren zijn in dit verband geïdentificeerd: de toenemende behoefte aan interdisciplinaire en interprofessionele zorg, aan verantwoord professioneel handelen en aan transparantie en *accountability*. In dit artikel is aan de orde geweest in hoeverre verschillende kwaliteitsmodellen bijdragen aan het effectief hanteren van de drie complicerende factoren in de zorg en aan het verhogen van de geleverde kwaliteit van zorg.

Voor elk kwaliteitsmodel zijn de doelen, de inhoud van het model en de werkwijze in de praktijk uitgewerkt. Vervolgens is het betreffende kwaliteitsmodel beoordeeld in het licht van de complicerende factoren (eerste onderzoeksvraag). Deze beoordeling geeft inzicht in de *bruikbaarheid* om de complexe opgaven met behulp van de kwaliteitsmodellen te hanteren. Vervolgens is per kwaliteitsmodel bezien of er uit empirisch onderzoek resultaten worden gerapporteerd over procesuitkomsten, medewerkerswaardering, patiëntenwaardering, gezondheidsuitkomsten en financiële prestaties. Hierbij is ook gekeken naar het *evidence*-niveau van het betreffende onderzoek (tweede onderzoeksvraag). De uitkomsten van deze inventarisatie zeggen iets over de *effectiviteit* van de kwaliteitsmodellen. De bruikbaarheid en de effectiviteit van de kwaliteitsmodellen worden in tabel 1 samengevat.

Tabel 1. Bruikbaarheid en effectiviteit van verschillende kwaliteitsmodellen in de zorg

		Kwaliteitsmodellen			
		INK	HKZ/NIAZ/Verantwoorde Zorg	Klinische paden	Chronic Care Model
Bruikbaarheid	Interdisciplinariteit en interprofessionaliteit	• Wordt niet expliciet beoogd	• Wordt niet expliciet beoogd • Krijgt in de ziekenhuisbrede NIAZ-kwaliteitsnorm Zorginstellingen wel aandacht	• Door de ontwikkeling en uitvoering van klinische paden door multidisciplinaire teams wordt hieraan invulling gegeven	• Door ontwikkeling en uitvoering van het model door multidisciplinaire teams wordt hieraan invulling gegeven
	Verantwoord professioneel handelen	• Op een van de organisatiegebieden (management van processen) wordt aandacht besteed aan de professionele aspecten van het werk	• HKZ en NIAZ richten zich op de organisatie van de afdeling of organisatie en appelleren minder aan de professionele kern van het werk • Verantwoorde Zorg opent de dialoog over keuzes van professionals in de zorg	• Er is aandacht voor het werken met evidence-based richtlijnen. Dit kan leiden tot discussies over de professionele kern van het werk	• Door interactieve opleidingsmomenten en door feedbackinformatie wordt hieraan invulling gegeven
	Transparantie en accountability	• Het model ondersteunt het sturen op resultaten met behulp van prestatie-indicatoren op het niveau van de organisatie	• Certificaten of keurmerken geven (beperkte) informatie over de aandacht voor kwaliteit van zorg • De indicatoren van de toetsingskaders Verantwoorde Zorg bieden al meer informatie over prestatie-indicatoren op het niveau van de organisatie	• Het werken met klinische paden biedt op het niveau van een zorgproces transparantie	• Transparantie is niet een expliciete bedoeling van de toepassing van dit model
Effectiviteit	Resultaten van onderzoek en evidence-niveau	• Geen gecontroleerde trials, geen gerandomiseerde trials, geen systematische reviews • Uit enkele niet-gecontroleerde casestudies bleken positieve resultaten wat betreft medewerkers- en patiëntwaardering, minder sterk verband met gezondheidsuitkomsten en financiële resultaten	• HKZ en NIAZ: geen bekend • Verantwoorde Zorg is in 2005 geïntroduceerd, dus ook nog geen resultaten van onderzoek naar de effecten bekend	• Een systematische review met gemengde resultaten. Signalen dat met name verbeteringen worden geboekt op proces- en financiële indicatoren • Onderzoek naar effectiviteit bemoeilijkt door weinig eenduidige definitie en implementatie van het concept	• Een beginnende stroom aan empirisch onderzoek, waaronder ook twee systematische reviews • Bij interventies die ten minste één CCM-gebied betreffen, werden betere gezondheidsuitkomsten en procesprestaties bereikt

In het beoordelingskader dat we in dit artikel hebben gehanteerd voor de eerste onderzoeksvraag, gaat het eerst om de bijdrage van de kwaliteitsmodellen aan interdisciplinaire en interprofessionele zorg. De aandacht voor interdisciplinaire samenwerking is gering bij het INK-managementmodel, bij HKZ en NIAZ. Bij klinische paden en het Chronic Care Model wordt interdisciplinariteit gebracht als een werkvorm zonder veel aandacht te besteden aan hoe deze moet worden vormgegeven. Het werken in multidisciplinaire zorgteams is geen eenvoudige

opgave gezien de heterogeniteit in achtergrond, taken, verantwoordelijkheden, bevoegdheden en – daarmee samenhangend – posities die de verschillende teamleden innemen (zie onder andere Heinemann en Zeiss, 2002).

Verantwoord professioneel handelen krijgt vooral in het Chronic Care Model en in de normen Verantwoorde Zorg de nodige aandacht. Het is een expliciet doel van deze modellen om een dialoog te bevorderen over keuzes in de zorg die de professionele kern betreffen. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat deze twee modellen sterk vanuit de zorg zijn opgezet, en de andere modellen meer vanuit een managementinvalshoek. Daarnaast bepleit het concept klinische paden dat op basis van *evidence-based* richtlijnen wordt gewerkt. Implementatie van dit uitgangspunt leidt veelal ook tot discussies onder professionals over verantwoord professioneel handelen.

Het bereiken van transparantie en *accountability* krijgt bij alle modellen veel aandacht, al legt het ene model meer de nadruk op transparantie in een geselecteerd uitvoerend proces in de zorginstelling (klinische paden) of in de zorgketen (Chronic Care Model), terwijl het INK-managementmodel en het HKZ-model relatief meer transparantie van de organisatie als geheel beogen. In het kader van transparantie geeft het beschikken over een certificaat (HKZ of NIAZ) beperkte informatie. De uitkomsten van prestatie-indicatoren geven al weer wat meer informatie. Toch kan met een aanzienlijk aantal indicatoren nog slechts een beperkt beeld van de kwaliteit van zorg worden verkregen. De werkelijkheid is nu eenmaal erg complex. Door hun focus op slechts enkele prestaties kunnen ze ook verkeerd gedrag stimuleren. Ahaus (2006) wees eerder ook op de beperkingen van het werken met prestatie-indicatoren.

Uit de resultaten van deze studie blijkt verder, en dit betreft de tweede onderzoeksvraag, dat onderzoek naar de effecten van het gebruik van kwaliteitsmodellen tot nu toe weinig bewijs heeft opgeleverd. Bij de norm Verantwoorde Zorg is onderzoek nog niet mogelijk gezien de korte historie, en ook naar het INK-managementmodel in de zorg en naar HKZ en NIAZ is nog weinig empirisch onderzoek verricht. Naar de effecten van klinische paden is wel veel empirisch onderzoek gedaan, maar de weinig eenduidige definitie en implementatie van het concept bemoeilijken het juist interpreteren en vergelijken van deze studies. Het Chronic Care Model geeft de meest hoopgevende resultaten over de bijdrage aan het veelomvattende begrip 'kwaliteit van zorg'. Elders (Minkman, Ahaus en Huijsman, 2007) hebben we opgemerkt dat het INK-managementmodel meer *experience-based* is en het Chronic Care Model meer *evidence-based*.

Onze studie geeft aan dat er nog betrekkelijk weinig bewijs is dat het gebruik van kwaliteitsmodellen leidt tot betere uitkomsten. Deze bevinding wordt ondersteund door een studie van Grol (2001). Grol onderzocht het gebruik van afzonderlijke methoden en benaderingen om kwaliteit van zorg te optimaliseren. Hij deed dit voor *evidence-based medicine* en klinische richtlijnen, het geven van professionele opleiding, het geven van feedback op performance, het vergroten van de positie en rol van patiënten (*patient empowerment*) en van Total Quality Management (TQM). De laatste benadering omschrijft hij als een systeembena-

dering om kwaliteit van zorg te sturen en te verbeteren. Hij concludeert op basis van 36 systematische reviews over het verbeteren van zorg en het implementeren van veranderingen dat het bewijs voor de effectiviteit van deze methoden en benaderingen gemengd is of simpelweg ontbreekt. Hij concludeert dat, gezien de complexiteit van het vraagstuk om kwaliteit van zorg te verbeteren, het niet realistisch is om ervan uit te gaan dat één benadering alle problemen kan oplossen. Hij houdt een pleidooi voor het leggen van verbanden tussen de diverse methoden en benaderingen, waarbij rekening wordt gehouden met de unieke kenmerken van een setting en de problemen die daarbinnen spelen. De studie van Grol geeft daarom reden te meer om meer empirisch onderzoek te doen naar de effectiviteit van meer geïntegreerde kwaliteitsmodellen en naar de specifieke setting waarin bepaalde modellen effectief zijn.

Naar aanleiding van de twee gestelde onderzoeksvragen trekken we de volgende conclusies. De kwaliteitsmodellen hebben verschillende doelen. Ook verschillen ze in hun bijdrage aan interdisciplinaire en interprofessionele zorg, aan verantwoord professioneel handelen en aan transparantie en *accountability*. Ten slotte zijn er verschillen in bewezen effectiviteit. Deze conclusie heeft theoretische en praktische implicaties.

Een belangrijke theoretische implicatie is dat er meer aandacht besteed zou moeten worden aan *evidence-based* kwaliteitsmanagement, met name voor het INK-managementmodel, de HKZ- en NIAZ-normen en de normen Verantwoorde Zorg. Zulk onderzoek naar de impact van het gebruik van de kwaliteitsmodellen op de kwaliteit van zorg wordt bemoeilijkt om een aantal redenen. De effecten zijn soms pas over langere tijd meetbaar, wat slechts in een longitudinaal onderzoek kan worden gevolgd. Verder is het lastig om exogene variabelen uit te sluiten en het effect toe te schrijven aan het gebruik van het kwaliteitsmodel. Ten slotte omvatten alle modellen een groot aantal factoren waarop sturing zou moeten plaatsvinden om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Dit stelt de nodige eisen aan de uitgebreide set van data die moet worden verzameld. Het is echter niet onmogelijk zoals blijkt uit onderzoek van bijvoorbeeld Kaynak (2003) en Boulter et al. (2005) buiten de zorg.

De kwaliteitsmodellen bieden in de praktijk dikwijls ondersteuning bij het opzetten en invoeren van een zorgmanagementsysteem. Daarom hebben de bevindingen van dit artikel ook betekenis voor het handelen van het management. Het artikel maakt duidelijk dat het management zich zekerheid moet verschaffen over wat het betreffende kwaliteitsmodel belooft.

Het werken met een kwaliteitsmodel voedt (ongeacht de weloverwogen keuze uit het aanbod van modellen) het gesprek tussen leidinggevend en medewerkers in de zorg over complexe thema's als 'welke kwaliteit van zorg streven we na' en 'hoe kunnen we onze kwaliteit verbeteren'. Dit is sinds de introductie van de kwaliteitsmodellen ook in veel instellingen gebeurd.

Maar misschien is het werken met een zeker model in feite belangrijker dan de keuze voor een bepaald model. Zo blijkt uit een crosssectionele studie onder

GGZ-instellingen van Wagner en Van de Veer (2004) dat organisaties overeenkomstige kwaliteitsactiviteiten ontwikkelen ongeacht de keuze voor het HKZ- of INK-managementmodel. De Leeuw (2006) ziet modellen als kijkinstrument om de meerduidige realiteit te bekijken. Modellen leggen vast in welke variabelen de werkelijkheid kan worden beschreven en gemodelleerd. Daarin ligt hun waarde, of ze nu *experience-based* zijn of *evidence-based*, of ze nu uit de zorg afkomstig zijn of vanuit een managementinvalshoek.

Literatuur

- Ahaus, C.T.B. – *Kwaliteit uit Waardering*. – Oratie, Rijksuniversiteit Groningen. – Deventer : Kluwer, 2006
- Bleser, de L., R. Depreitere, K. de Waele, K. Vanhaecht, J. Vlayen, en W. Sermeus – Defining pathways. – In: *Journal of Nursing Management* 14 (2006) p. 553-563
- Bodenheimer, Th., E.H. Wagner, en K. Grumbach – Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness, the Chronic Care Model, part 2 – In: *JAMA* 288 (2002) 15 (October 16) p. 1909-1914
- Bodenheimer, Th. – Interventions to Improve Chronic Illness Care: Evaluating their Effectiveness – In: *Disease Management* 6 (2003) 2, p. 63-71
- Boulter, L., T. Bendell, H. Abas, J. Dahlgaard, en V. Singhal – *Report on EFQM and BQF funded study into the impact of the effective implementation of Organisational Excellence on Key Performance Results* – University of Leicester, 2005
- Broekhuis, M. – *Kwaliteitsmanagement in de professioneel dienstverlenende sector. Sturen op kwaliteit als een sociaal construct*. – Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen, 2001
- Campbell, H., R. Hotchkiss, N. Bradshaw, en M. Porteus – Integrated care pathways. – In: *British Medical Journal*, 316 (1998) (January) p. 133-137
- Darer, J., P. Pronovost, en E. Bass – Use and evaluation of critical pathways in hospitals – In: *Effective Clinical Practice* 5 (2002) p. 114-119
- Dy, S.M., P. Garg, D. Nyberg, et al. – Critical pathway effectiveness: assessing the impact of patient, hospital care, and pathway characteristics using qualitative comparative analysis – In: *Health Services Research* 40 (2005) p. 499-516
- Fernandopulle, R., T. Ferris, A. Epstein, et al. – A research agenda for bridging the 'Quality Chasm' – In: *Health Affairs* 22 (2002) 2, p. 178-190
- Ferri, L.E., L.S. Feldman, D.D. Stanbridge, en G.M. Fried – Patient perception of a clinical pathway for laparoscopic foregut surgery – In: *Journal of Gastrointestinal Surgery* 10 (2006) 6, p. 878-882
- Frissen, M., en E. Gommers – Het HKZ-model voor externe beoordeling ; Achtergrond, inhoud en toepassing. – In: U. Nabitz en H. Polak – *De kunst van kwaliteit, handreikingen voor het gebruik van HKZ en INK in de zorg*. – Amsterdam : Uitgeverij SWP, 2004, p. 26-47
- Goldstein, S.M., en S.B. Schweikhart – Empirical Support for the Baldrige Award Framework in U.S. Hospitals – In: *Health Care Management Review* 27 (2002) 1, p. 62-75

- Grol, R. – Improving the quality of medical care – In: *JAMA* (2001) 286, p. 2578-2585
- Heinemann, G.D., en A.M. Zeiss (eds.) – *Team performance in health care.* – New York : Kluwer Academic Publishers, 2002
- Ignatavicius, D.G., en K.A. Hausman – *Clinical Pathways for Collaborative Practice.* – Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1995
- Kaynak, H. – The relationship between total quality management practices and their effects on firm performance – In: *Journal of Operations Management* (2003) 21, p. 405-435
- Kwan, J., en P. Sandercock – In-hospital care pathways for stroke (review). – In: *Cochrane Database of Systematic Review* (2004) 4. – Art. No.: CD002924
- Lemmens, K.M.M., P.P.M. Harteloh, en J.A. Walburg – *De validiteit van kwaliteitssystemen in zorginstellingen* – Rotterdam : Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus MC, 2003
- Loeb, M., S.C. Carusone, R. Goeree, et al. – Effect of a clinical pathway to reduce hospitalizations in nursing home residents with pneumonia. – In: *JAMA*, 292 (2006) 21 (June 7) p. 2503-2510
- Minkman, M.M., C.T.B. Ahaus, en R. Huijsman – Performance improvement based on integrated quality management models: what evidence do we have? A systematic literature review. – geaccepteerd door *International Journal for Quality in Health Care*, 2007
- Øvretveit, J. – A framework for Quality Improvement Translation: understanding the conditionality of interventions. – In: *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, (2004) p. 15-24
- Piatt, G.A., T.J. Orchard, en S. Emerson – Translating the Chronic Care Model into the community. Results from a randomised controlled trial of a multifaceted diabetes care intervention – In: *Diabetes Care* (2006) 4, p. 811-817
- Rosendal, H. – *Ketenzorg voor chronische ziekten: mode of must* – Lectorale rede, Hogeschool Leiden, 2006
- Shortell, S.M., J.L. O'Brien, J.M. Carman, et al. – Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement/Total Quality Management: Concept versus Implementation – In: *Health Services Research* 30 (1995) 2 (June) p. 377-401
- Sluijs, E.M., en C. Wagner – *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2000* – Utrecht : NIVEL, 2000
- Tsai, A.C., S.C. Morton, C.M. Mangione, en E.B. Keeler – A Meta-analysis of Interventions to Improve Care for Chronic Illnesses – In: *The American Journal of Managed Care* (2005) (August) p. 478-488
- Vanhaecht, K., W. Sermeus, A. Vleugels, en G. Peeters – Ontwikkeling en gebruik van klinische paden ('clinical pathways') in de gezondheidszorg. – In: *Tijdschrift voor Geneeskunde* 58 (2002) 23, p. 1542-1552
- Vanhaecht, K., M. Bollman, K. Bower, et al. – International survey on the use and dissemination of clinical pathways in 23 countries – In: *Journal of Integrated Care Pathways.* – geaccepteerd voor publicatie
- Vanhaecht, K., K. de Witte, R. Depreitere, en W. Sermeus – Clinical pathway audit tools: a systematic review – In: *Journal of Nursing Management* 14 (2006) p. 529-537

- Van Herck, P., K. Vanhaecht, en W. Sermeus – Effects of clinical pathways: do they work? – In: *Journal of Integrated Pathways* 8 (2004) p. 95-105
- Verkerk, M., H. Lindemann, E. Maeckerberghe, et al. – Enhancing reflection. An interpersonal exercise in ethics education. – In: *Hastings Center Report* 34 (2004) 6, p. 31-38
- Wagner, C., D.H. de Bakker, en E.M. Sluijs – *Kwaliteitssystemen in instellingen: de stand van zaken in 1995* – Utrecht : NIVEL, 1995
- Wagner, C., en A. de Veer – HKZ of INK: wat zijn de verschillen in de praktijk? – In: U. Nabitzen H. Polak – *De kunst van kwaliteit, handreikingen voor het gebruik van HKZ en INK in de zorg*. – Amsterdam : Uitgeverij SWP, 2004, p. 65-78
- Wagner, E.H., R.E. Glasgown, en C. Davis – Quality Improvement in Chronic Illness Care: a Collaborative Approach – In: *Journal of Quality Improvement, The Joint Commission* 27 (2001) (February) p. 63-80
- Wilson, T., T. Holt, en T. Greenhalgh – Complexity and clinical care. – In: *British Medical Journal* 323 (2001) 7314, p. 685-688.