

HET BEOORDELEN VAN KWALITEIT DOOR ZELFEVALUATIE IN DE KLINISCHE MICROSYSTEMEN:

empowerment van zorgteams in de revalidatiezorg

Organisaties met zorgteams verspreid over meerdere satellietvestigingen lopen het risico om ongewenste variatie in kwaliteitszorg te leveren. Dit artikel gaat over de ontwikkeling en implementatie van een zelfevaluatie-instrument met als doel om in een revalidatiecentrum met meerdere satellietvestigingen een kwaliteitstoets uit te voeren. De opzet, de resultaten en de geleerde lessen van deze interne zelfevaluatieprocedure worden besproken. Een bottom-up, organisatiebrede kwaliteitsverbetering wordt beoogd. Aan de orde hierbij komt de rol van het klinische microsysteemdenken en het responsief evalueren.

Door: L.R.M. van der Kruis, L. Hollands en H.J.M. Vrijhoef

Bij aanvang van dit onderzoek bevond revalidatiecentrum Top-Care Health Services (Top-Care), een gecertificeerd expertisecentrum van Ciran, zich in de situatie waarin poliklinische revalidatiezorg werd beoefend in zorgteams verspreid over vijf satellietvestigingen in Nederland. Top-Care beschikte echter niet over een duidelijke procedure om de status van de zelfstandige zorgteams en de kwaliteit van de zorg te meten en bij te sturen. Er was behoefte aan een duidelijke procedure voor interne kwaliteitsbeoordeling en -verbetering. Het klinische microsysteemdenken bood hiervoor handvatten.

Het klinische microsysteemdenken

Het klinische microsysteemdenken vindt zijn oorsprong in de systeemtheorie van Quinn. Quinn benadrukte het belang van de 'kleine reproduceerbare micro eenheid' in relatie tot het bouwen van een effectief zorgsysteem (Quinn, 1992). Sinds het werk van Quinn zijn er verschillende theorieën aangedragen over klinische microsystemen in relatie tot een goed functionerend zorgsysteem. Onderzoek van

Nelson, Batalden en Godfrey (2007) levert inzicht in de sleutelrol die het klinische microsysteem speelt in relatie tot de inbedding in de grotere organisatie. Zij beschrijven het klinische microsysteem als de plaats waar directe patiëntenzorg en de verbetering daarvan plaatsvinden en waar de strategie en tactiek van de grotere organisatie worden omgezet in acties. Klinische microsystemen die niet functioneren zoals gepland beïnvloeden direct de kwaliteit, veiligheid en kosten van het hele zorgsysteem. De microsystemen worden beschouwd als bouwstenen van het zorgcontinuüm waarbij stimulering, coördinatie en ondersteuning vanuit de overkoepelende organisatie onmisbaar zijn. Hoogpresterende microsystemen zijn nodig om kwaliteit van zorg te bereiken (Nelson et al., 2007). Het continu meten, evalueren (inclusief reflecteren) en verbeteren van prestaties in de klinische microsystemen is hierbij essentieel. Dit kan met behulp van een organisatiediagnose gericht op de kwaliteit van de zorg inhoudelijk én de organisatie ervan. Op basis van zo'n kwaliteitstoets in het primaire zorgproces wordt de kwaliteitszorg van de organisatie al onderzoekende versterkt. Op deze wijze krijgt *clinical governance* gestalte en dient het als raamwerk voor kwalitatief goede zorg en continue verbetering (Verheggen, 2005).

Introductie in hoogpresterende klinische microsystemen

Donaldson en Mohr (2000) onderzochten hoogpresterende klinische microsystemen en concludeerden dat acht dimensies zijn gerelateerd aan hoge kwaliteit: doelgerichtheid, investering in verbetering, inzet op scholing en training, onderlinge afhankelijkheid van het zorgteam voor het voldoen aan patiëntbehoeften, de integratie van informatie en informatietechnologie

in het dagelijks werk, continue resultaatmeting, ondersteuning vanuit de grotere organisatie en verbondenheid met de omgeving om de zorgverlening te versterken.

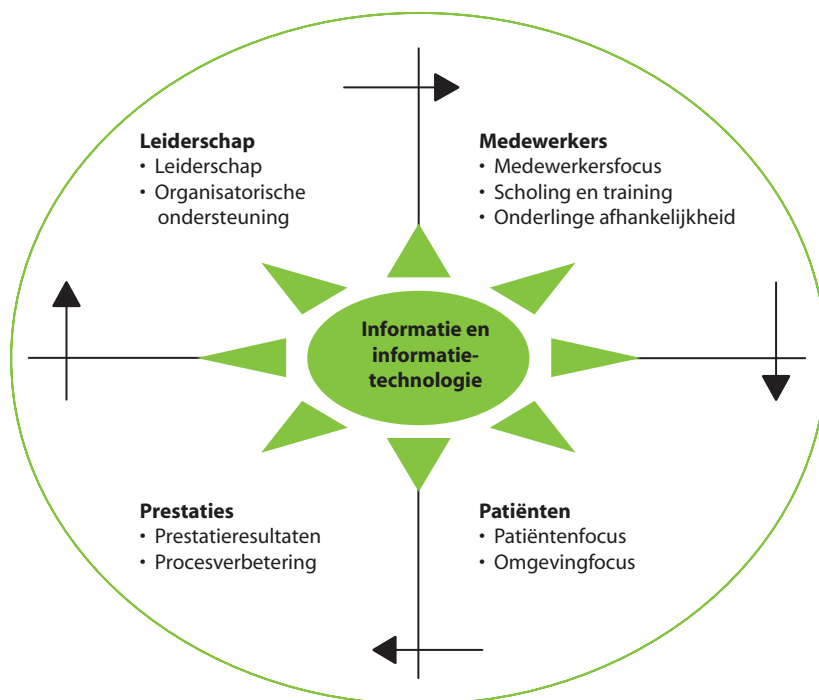
Uit deze dimensies zijn tien succesfactoren afgeleid voor het bereiken van hoge prestaties en kosteneffectiviteit in de zorg. De succesfactoren zijn verdeeld over vier hoofdcategorieën: leiderschap, medewerkers, patiënten en prestaties (figuur 1) die met elkaar in verbinding staan door de factor informatie en informatietechnologie. Als er sprake is van goed functioneren, ontstaat een microsysteem dat veilige, efficiënte en kwalitatief goede zorg levert en tegelijkertijd teamwerk en een ondersteunende werkomgeving creëert (Nelson et al., 2002, 2007).

In de zogenoemde *Microsystem Assessment Tool (MAT)* (kader 1) wordt specifiek de nadruk gelegd op het beoordelen en verbeteren van het presteren van de klinische microsysteemen op basis van zelfevaluatie binnen deze zorgteams over de tien succesfactoren. De MAT draagt als evaluatiemodel bij aan het vermogen van het microsysteem om in teamverband kwalitatief goede zorg te leveren en zich te verbinden aan de overkoepelende organisatie (Mohr en Batalden, 2002; Nelson et al., 2002). De MAT lijkt zo een veelbelovende en eenvoudige procedure om zorgteams bewust te maken van de eigen prestatieniveaus en de noodzakelijke verbeterpunten.

De kwaliteit van het primaire zorgproces, zoals verleend door de klinische microsysteemen, dient te worden beschouwd als aangrijpingspunt voor het realiseren van organisatiebrede kwaliteitsverbeteringen (Donaldson en Mohr, 2000; Foster et al., 2007; Mohr en Batalden, 2002; Nelson et al., 2002; Nelson et al., 2007). Voor Top-Care vormde dit de aanleiding om samen met onderzoekers van de Universiteit Maastricht het functioneren van de eigen zorgteams te evalueren door implementatie van een procedure voor interne zelfevaluatie. De verwachting van het management van Top-Care was dat de zorgteams, als klinische microsysteemen verspreid over vijf satellietvestigingen, een hoog niveau van kwaliteitsbewustzijn en -vaardigheden zouden hebben en bovendien weinig variatie zouden vertonen in het leveren van kwalitatief goede zorg.

Opzet van het zelfevaluatie-instrument

Het onderzoek is gestart met een literatuurstudie naar kwaliteitszorg op basis van het klinische microsysteemen denken. Het zelfevaluatie-instrument is ontwikkeld op basis van de bevindingen uit deze literatuurstudie met als doel om op een systematische wijze prestaties



Figuur 1. De tien succesfactoren voor hoogpresterende klinische microsysteemen (Nelson, Batalden en Godfrey, 2007)

van de zorgteams te meten, te evalueren (met reflecteren als essentieel onderdeel) en te verbeteren. Om deze kwaliteitsbeoordeling en -verbetering te bereiken wordt met het gebruik van het zelfevaluatie-instrument een kwaliteitstoets uitgevoerd die bestaat uit twee onderzoeksfasen: prestatiemeting op basis van de MAT (kader 2) en reflectie op de prestatiemeting op basis van responsief evalueren als methode om het lerend en reflecterend vermogen van de zorgteams te stimuleren (Abma et al., 2009). De kwaliteitstoets is met het gebruik van het zelfevaluatie-instrument uitgevoerd in de vijf satellietzorgteams van Top-Care: Venlo, Eindhoven, Maastricht, Nijmegen en Rotterdam. De eerste onderzoeksfase bestond uit het uitvoe-

Kader 1. Wat is het kwaliteitsmodel de 'Microsystem Assessment Tool'?

De Microsystem Assessment Tool (MAT) is oorspronkelijk ontwikkeld in het Dartmouth-Hitchcock Medical Center (2010) met als doel de prestaties van het klinische microsysteem (ofwel zorgteam) als vitaal construct in de organisatie te evalueren en te verbeteren. De MAT is een vragenlijst die het prestatieniveau en het functioneren van het zorgteam beoordeelt op basis van tien succesfactoren voor hoogpresterende zorgteams. De factoren zijn onderverdeeld in vier categorieën: leiderschap, medewerkers, patiënten en prestaties, die met elkaar in verbinding staan door de factor informatie en informatietechnologie voor het bereiken van gunstige systeemuitkomsten. De tien succesfactoren worden elk getoetst aan de hand van drie omschrijvingen die een scorering van laag tot hoog presteren reflecteren. De teamleden wordt gevraagd om die beschrijving te kiezen die het beste past bij het eigen zorgteam en de zorg die het verleent (Nelson et al., 2007).

Tabel 1. Nederlandse versie van de Microsystem Assessment Tool (MAT): Zorgteam beoordelingsformulier (© Julie K. Johnson, MSPH, PhD en vertaald door Van der Kruis, Hollands & Vrijhoef, Maastricht, 2010)

ZORGTEAM BEOORDELINGSFORMULIER

Inhoud:

Deze vragenlijst beoordeelt het prestatieniveau en het functioneren van het klinische microsysteem ofwel het zorgteam.

Instructies:

De vragenlijst bestaat uit tien succesfactoren voor hoogpresterende zorgteams. De factoren zijn onderverdeeld in vier categorieën: leiderschap, medewerkers, patiënten en prestaties, die met elkaar in verbinding staan via de factor informatie en informatietechnologie. De vragenlijst presenteert per vraag één van de tien succesfactoren met de bijbehorende categorie. De eigenschap en betekenis van elke succesfactor worden gegeven. Daarna wordt elk van deze succesfactoren (bijv. leiderschap) gevolgd door een viertal omschrijvingen, waarvan de eerste drie een spreiding van laag tot hoog presteren reflecteren en de laatste omschrijving omvat 'geen oordeel'. Voor elk van deze omschrijvingen, **kruis** diegene aan die **het beste past** bij uw huidige zorgteam (uw behandelteam rondom de individuele patiënt) en de zorg die het verleent.

	Eigenschap en betekenis	Omschrijvingen			
Leiderschap	1. Leiderschap: De rol van leiders is een balans vinden tussen de omgeving en het bereiken van gemeenschappelijke doelen en het versterken van zelfstandig werken en aansprakelijkheid, door middel van het opbouwen van kennis, respectvol handelen, evalueren en reflecteren.	<ul style="list-style-type: none"> De 'teamleiders' vertellen mij vaak hoe ik mijn werk moet doen en geven weinig ruimte voor vernieuwing en zelfstandigheid. In het algemeen dragen zij niet bij aan een positief werkklimaat. 	<ul style="list-style-type: none"> De 'teamleiders' worstelen met het vinden van een juiste balans tussen het behalen van de gewenste doelen en het ondersteunen en versterken van de medewerkers. 	<ul style="list-style-type: none"> De 'teamleiders' zijn constant en duidelijk in het stellen van doelen en verwachtingen en bevorderen een respectvolle, positieve sfeer. De teamleiders nemen de tijd om kennis op te bouwen, te evalueren en te reflecteren, en ondernemen actie met betrekking tot het zorgteam en de overkoepelende organisatie. 	<ul style="list-style-type: none"> Geen oordeel.
	2. Organisatorische ondersteuning: De overkoepelende organisatie zoekt naar manieren om het werk van het zorgteam te ondersteunen en coördineert de samenwerking tussen de verschillende vestigingen.	<ul style="list-style-type: none"> De overkoepelende organisatie is niet ondersteunend in het voorzien van erkenning, informatie en middelen om mijn werk te verrijken. 	<ul style="list-style-type: none"> De overkoepelende organisatie is inconsistent en onvoorspelbaar in het voorzien van erkenning, informatie en middelen die nodig zijn om mijn werk te verrijken. 	<ul style="list-style-type: none"> De overkoepelende organisatie levert erkenning, informatie en middelen die mijn werk verrijken en het mij gemakkelijker maken om te voldoen aan de resultaten zoals overeengekomen in het behandelplan met de patiënt. 	<ul style="list-style-type: none"> Geen oordeel.
Medewerkers	3. Medewerkersfocus: Er wordt selectief gekeken naar het aannemen van de juiste mensen. De inwerkperiode is zo opgezet dat nieuwe teamleden zich de cultuur en werkzaamheden van het zorgteam volledig eigen kunnen maken. Verwachtingen naar de medewerkers zijn hoog inzake functioneren in het team, transparantie, discipline, openstaan voor verder leren en investeren in eigen ontwikkeling.	<ul style="list-style-type: none"> Er wordt niet voor gezorgd dat ik me een gewaardeerd lid van het zorgteam voel. Mijn inwerkperiode was onvoldoende. Aan mijn behoeften voor verdergaande scholing en investeren in eigen ontwikkeling wordt niet voldaan. 	<ul style="list-style-type: none"> Ik voel me een gewaardeerd lid van het zorgteam, maar ik vind dat het zorgteam niet alles doet wat nodig is om scholing en training van de medewerkers te ondersteunen, evenals het reguleren van de werkdruk en het investeren in eigen ontwikkeling. 	<ul style="list-style-type: none"> Ik ben een gewaardeerd lid van het zorgteam en wat ik zeg doet ertoe. Dit blijkt uit het personeelsbeleid, de mogelijkheid tot verdergaande scholing en training, aandacht voor de werkdruk en het investeren in eigen ontwikkeling. 	<ul style="list-style-type: none"> Geen oordeel.
	4. Scholing en training: De overkoepelende organisatie zorgt zelf voor verdergaande bij- en nascholing van de medewerkers en voor het combineren van de dagelijkse werkzaamheden met het verdiepen van eigen competenties (als 'bekwaamheid/vaardigheid').	<ul style="list-style-type: none"> Bijscholing wordt alleen gegeven per afzonderlijke discipline. De scholingsactiviteiten zijn niet afgestemd op de patiëntenstroom, zodat bij- en nascholing een bijkomstigheid is bij wat we doen. 	<ul style="list-style-type: none"> We vinden dat de bij- en nascholing anders opgezet kan worden om beter tegemoet te komen aan wat ons zorgteam tekortkomt, maar we hebben hier nog niet veel in kunnen veranderen. Sommige bij- en nascholingsactiviteiten zijn beschikbaar voor iedereen. 	<ul style="list-style-type: none"> Bij de bij- en nascholing wordt een teamaanpak gehanteerd, ten aanzien van het trainen van alle teamleden, van leidinggevenden tot medewerkers in opleiding. Leren en werken gaan samen in het dagelijks werk, zodanig dat ze geïntegreerd zijn. Permanente bij- en nascholing in combinatie met omvangrijke interdisciplinaire trainingsvormen worden in ons zorgteam gezien als wezenlijk voor goed presteren. 	<ul style="list-style-type: none"> Geen oordeel.

	Eigenschap en betekenis	Omschrijvingen			
Medewerkers	<p>5. Onderlinge afhankelijkheid: De samenwerking tussen teamleden kenmerkt zich door wederzijds vertrouwen, samenwerking, bereidheid elkaar te helpen, waardering voor wederzijdse ondersteuning, respect en de erkenning dat iedereen individueel bijdraagt aan een gemeenschappelijk doel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ik werk onafhankelijk en ben verantwoordelijk voor mijn eigen deel van het werk. Er is een gebrek aan samenwerking en een onderschatting van het belang van de waardering van wederzijdse ondersteuning. 	<ul style="list-style-type: none"> De aanpak van de zorg is interdisciplinair, maar we zijn niet altijd in staat samen te werken als een effectief team. 	<ul style="list-style-type: none"> De zorg wordt verleend door een interdisciplinair team, dat gekenmerkt wordt door vertrouwen, samenwerking, waardering voor wederzijdse ondersteuning, en de erkenning dat iedereen individueel bijdraagt aan het gezamenlijk doel. 	<ul style="list-style-type: none"> Geen oordeel.
Patiënten	<p>6. Patiëntenfocus: De voornaamste zorg is dat aan de resultaten zoals overeengekomen in het behandelplan met de patiënt wordt voldaan, dit omvat zorg in de breedste zin van het woord – zorgen, luisteren, informeren en aandacht voor continuïteit en coördinatie van zorg.</p>	<ul style="list-style-type: none"> De meesten van ons, en ook onze patiënten, zijn het ermee eens dat wij niet altijd resultaatgerichte zorg verlenen. We zijn niet altijd duidelijk over de resultaten zoals overeengekomen in het behandelplan met de patiënt. 	<ul style="list-style-type: none"> Wij werken actief aan het verlenen van resultaatgerichte zorg en we boeken vooruitgang in het effectiever en blijvend leren over, en voldoen aan de resultaten zoals overeengekomen in het behandelplan met de patiënt. 	<ul style="list-style-type: none"> Wij zijn effectief in het leren over en het voldoen aan de resultaten zoals overeengekomen in het behandelplan met de patiënt, dit omvat zorg in de breedste zin van het woord – zorgen, luisteren, informeren, en aandacht voor continuïteit en coördinatie van zorg. 	<ul style="list-style-type: none"> Geen oordeel.
	<p>7. Omgevingfocus: De omgeving is nauw verbonden met het zorgteam. Anderzijds werkt het zorgteam ook nauw samen met de omgeving. Het zorgteam zorgt voor uitstekende en innovatieve relaties met de omgeving.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Wij richten ons op de patiënten die naar ons zorgteam komen. We hebben geen additionele zorgprogramma's in de omgeving ingevoerd waar onze patiënten gebruik van kunnen maken. Patiënten en hun families moeten aanvullende zorg zelf regelen bij andere instanties. 	<ul style="list-style-type: none"> Wij hebben enkele additionele zorgprogramma's met succes voor onze patiënten kunnen regelen, maar we zien het niet als onze taak om actief verdergaande ondersteunende zorg te regelen voor onze patiënten. 	<ul style="list-style-type: none"> Wij doen er alles aan om op de hoogte te blijven van wat er speelt in onze omgeving. We gebruiken onze middelen om te werken met de omgeving. We dragen bij aan de omgeving en we worden ook ondersteund door de omgeving om te voldoen aan de resultaten zoals overeengekomen in het behandelplan met de patiënt. 	<ul style="list-style-type: none"> Geen oordeel.
Prestaties	<p>8. Prestatieresultaten: Prestaties zijn gericht op: resultaat voor de patiënt, het vermijden van onnodige zorgconsumptie, het afstemmen van zorgprocessen, een cyclisch proces van prestatie metingen, het stimuleren van gezonde competitie en openhartige, transparante en duidelijke discussies over het eigen functioneren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Wij verzamelen niet routinematig data over het proces of de resultaten van de zorg die wij verlenen. 	<ul style="list-style-type: none"> Wij verzamelen vaak data over de resultaten van de zorg die wij verlenen en over sommige zorgprocessen. 	<ul style="list-style-type: none"> Resultaten (klinisch, patiënttevredenheid, zorgprocessen en doorlooptijden) worden routinematig gemeten, we koppelen de data terug naar de medewerkers en we voeren veranderingen door op basis van deze gegevens. 	<ul style="list-style-type: none"> Geen oordeel.
	<p>9. Procesverbetering: Een omgeving waar leren en verbetering van de zorg wordt ondersteund door het voortdurend evalueren van de geboden zorg, leren van elkaar, het voortdurend zoeken naar mogelijkheden tot verbetering en door een zorgteam dat in staat gesteld wordt om vernieuwingen in de zorg als eerste uit te proberen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> De benodigde middelen zijn zelden beschikbaar om ons werk te verbeteren. De verbeteringsactiviteiten die we doen, worden uitgevoerd bovenop het dagelijkse werk. 	<ul style="list-style-type: none"> Soms hebben we de middelen beschikbaar om ons werk te verbeteren, maar we maken hier niet zo vaak gebruik van als zou kunnen. Richtlijnen worden gezien als bindend hetgeen weinig ruimte geeft voor verandering. 	<ul style="list-style-type: none"> Er zijn ruim genoeg middelen om ons werk continu te verbeteren. Het bestuderen, meten en verbeteren van de zorg zijn wezenlijke onderdelen van ons dagelijks werk. Er zijn richtlijnen, maar binnen het zorgteam is er maximale ruimte om de eigen creativiteit te gebruiken. 	<ul style="list-style-type: none"> Geen oordeel.

Eigenschap en betekenis		Omschrijvingen				
Informatie en informatietechnologie	<p>10. Informatie en informatietechnologie: Alles draait om informatie-uitwisseling – van het zorgteam naar patiënten, tussen de leden van het zorgteam onderling, van het vaststellen van wat nodig is en hoe in deze behoeften voorzien kan worden. De beschikbaarheid en het gebruik van moderne middelen ('technologie') vergemakkelijkt een effectieve communicatie en meerdere formele en informele kanalen worden gebruikt om iedereen te allen tijde op de hoogte te houden, te luisteren naar elkaars ideeën, en zorgen dat iedereen op de hoogte is van belangrijke zaken. Gezien de complexiteit van informatie-uitwisseling en het gebruik van moderne middelen ('technologie') in het zorgteam, beoordeel je zorgteam op de volgende eigenschappen: (a) informatie-uitwisseling met patiënten, (b) informatie-uitwisseling met het zorgteam, (c) informatie-uitwisseling met het gebruik van de modernste middelen ('technologie').</p>	<p>A. Informatie-uitwisseling met patiënten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Patiënten hebben toegang tot een deel van de standaardinformatie die beschikbaar is voor alle patiënten. 	<ul style="list-style-type: none"> Patiënten hebben toegang tot standaardinformatie die beschikbaar is voor alle patiënten. We denken erover hoe de bestaande patiëntinformatie verbeterd kan worden, zodanig dat deze beter tegemoetkomt aan de behoeften en wensen van de patiënt. 	<ul style="list-style-type: none"> Patiënten kunnen op verschillende wijze informatie verkrijgen die ze nodig hebben en deze informatie kan aangepast worden aan de situatie van de individuele patiënt. We vragen patiënten routinematig om feedback over hoe wij hen beter kunnen informeren. 	<ul style="list-style-type: none"> Geen oordeel.
	<p>B. Informatie-uitwisseling met het zorgteam.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ik ga altijd zelf achter de informatie aan die ik nodig heb om mijn werk te doen. 	<ul style="list-style-type: none"> Meestal heb ik de informatie die ik nodig heb, maar soms ontbreekt essentiële informatie en moet ik er zelf achteraan. 	<ul style="list-style-type: none"> De informatie die ik nodig heb om mijn werk goed te doen is beschikbaar als ik deze nodig heb. 	<ul style="list-style-type: none"> Geen oordeel. 	
	<p>C. Informatie-uitwisseling met het gebruik van moderne middelen ('technologie').</p>	<ul style="list-style-type: none"> De moderne middelen die ik nodig heb om mijn werk te vergemakkelijken en te verrijken zijn ofwel niet beschikbaar, ofwel wel beschikbaar, maar niet doeltreffend. De huidige moderne middelen die we hebben maken mijn werk niet gemakkelijker. 	<ul style="list-style-type: none"> Ik heb toegang tot de moderne middelen die mijn werk kunnen verrijken, maar deze zijn niet gebruiksvriendelijk en ingewikkeld en tijdrovend. 	<ul style="list-style-type: none"> De moderne middelen vergemakkelijken een vlotte aaneenschakeling tussen informatie en patiëntenzorg door het verzorgen van een directe, goede toegankelijkheid van alle gewenste informatie. Dit informatiesysteem is speciaal ontworpen om het werk van ons zorgteam te ondersteunen. 	<ul style="list-style-type: none"> Geen oordeel. 	

Tabel 2. Scorepatroon op MAT (in %) voor de vijf satellietzorgteams voor elke succesfactor omtrent het hoogst haalbare prestatieniveau

Hoogpresterende satelliet zorgteams	Venlo	Eindhoven	Maastricht	Nijmegen	Rotterdam	Gemiddelde score
Succesfactor						
Leiderschap	67	40	38	36	78	53
Organisatorische ondersteuning	67	60	88	73	33	64
Medewerkersfocus	53	10	50	36	44	40
Scholing en training	67	40	100	45	56	60
Onderlinge afhankelijkheid	60	100	88	82	100	83
Patiëntenfocus	40	50	50	18	67	43
Omgevingsfocus	60	70	50	91	67	68
Prestatieresultaten	53	90	75	73	44	66
Procesverbetering	60	50	50	36	44	49
Informatie-uitwisseling (patiënten)	27	20	75	27	56	38
Informatie-uitwisseling (zorgteam)	33	30	75	55	67	49
Informatie-uitwisseling (technologie)	80	60	88	64	78	74

ren van prestatieingen in de vijf zorgteams met een vragenlijstonderzoek. Per satellietvestiging is online een vragenlijstonderzoek afgenomen onder de leden van de zorgteams door wie de directe patiëntenzorg geleverd wordt. Het onderzoek bestond voor de zorgprofessionals uit een introductie in het klinische microstelsel denken en het invullen van een Nederlandse versie van de MAT (tabel 1). Vervolgens zijn de resultaten door de onderzoekers geanalyseerd, waarbij het scorepatroon op de antwoordoptie 'hoog presteren' uit de MAT als uitgangspunt is genomen, in lijn met hoogpresterende klinische microsystemen als theoretische streefwaarde, om bottom-up organisatiebrede kwaliteitsverbeteringen te stimuleren. Dit leverde een interne 'prestatiescan' op per individueel zorgteam en een score voor het gemiddelde prestatieniveau. Op basis van deze prestatiepatronen omtrent het hoogst haalbare prestatieniveau konden de sterktes en zwaktes in presteren op de tien succesfactoren geïdentificeerd worden.

Deze sterkte-/zwakte-analyse diende vervolgens als discussiemateriaal voor de laatste onderzoeksfase die bestond uit reflectie op de prestatieingen op basis van responsief evalueren. In deze evaluaties zijn de scorepatronen op de tien prestatiegebieden uit de MAT per zorgteam door de onderzoekers gepresenteerd met als doel deze zowel te valideren als om het verbeterpotentieel in de zorgteams aan te wijzen. Voorbeelden van vragen die hierbij leidraad waren: 'waar liggen onze sterke punten?', 'wat zijn knelpunten die voorkomen dat we onze doelen bereiken?', 'waar liggen onze groei- en verbetermogelijkheden?' en 'wat hebben we mede vanuit de grotere organisatie nodig om ons (verbeter)werk te faciliteren en te ondersteunen?'. De teams gingen met elkaar in discussie om hierover conclusies te trekken en verbetervoorstellen aan te dragen. Bovendien was er tijd voor introspectie: teamleden reflecteerden op het eigen functioneren en in hoeverre ze bereid waren om hun werkwijze aan te passen om de eigen zorgverlening te verbeteren.

Prestatieingen en reflecteren

Met de interne zelfevaluatieprocedure binnen de zorgteams van Top-Care is gerapporteerd: 1. de prestatieingen met de MAT en 2. een reflectie op prestatieingen met responsief evalueren.

1. Prestatieingen met de MAT

Tabel 2 laat het scorepatroon op de MAT zien voor de vijf satellietvestigingen voor elke suc-

cesfactor met betrekking tot het hoogste prestatieniveau. Er is sprake van variatie in prestaties tussen de zorgteams van de verschillende satellietvestigingen alsook van een prestatieniveau dat onder de hoogst mogelijke score ligt. Op basis van dit scorepatroon is een sterkte-/zwakteanalyse opgesteld. De zorgteams rapporteerden relatief lagere prestatieniveaus voor de succesfactoren: 'medewerkersfocus', 'patiëntenfocus', 'procesverbetering', 'informatie-uitwisseling (patiënten)' en 'informatie-uitwisseling (zorgteam)'. Op de succesfactor 'onderlinge afhankelijkheid' is door teams het hoogste prestatieniveau gescoord.

2. Reflectie op prestatieingen met responsief evalueren

De zorgteams gaven de volgende uitleg bij de analyseresultaten:

- het relatief lage presteren op de succesfactoren 'leiderschap', 'medewerkersfocus', 'procesverbetering' en 'informatie-uitwisseling (zorgteam)' is verklaard met het feit dat de teams op het moment van meting als gevolg van reorganisaties (voornamelijk nieuwe teamformaties en een hoge patiënteninstroom) niet stabiel en in verandering waren. Dit had suboptimale prestaties tot gevolg;
- het relatief lage presteren op de succesfactoren 'scholing en training', 'patiëntenfocus' en 'informatie-uitwisseling (patiënten)' weerspiegelt volgens de zorgteams de behoefte om het continu leren en verbeteren te versterken;
- voor de succesfactoren 'organisatorische ondersteuning', 'onderlinge afhankelijkheid', 'omgevingfocus', 'prestatieresultaten' en 'informatie-uitwisseling (technologie)' waren de zorgteams van mening dat ze hierop hoog presteerden. Met name 'onderlinge afhankelijkheid' werd als hoogst nagestreefde professionele waarde gezien.

De zorgteams wezen op hun huidige kracht van het functioneren in zelfsturende teams. Voor het behoud van deze competentie werd gewezen op verbeterpotentieel aangaande de volgende inhoudelijke thema's:

- volgen van een duidelijk programma voor het integreren van nieuw personeel;
- implementeren van scholings- en trainingsprogramma's;
- delen van ervaringen en zoeken naar de juiste rolmodellen en een teamcultuur gericht op leren en verbeteren;
- schenken van aandacht aan 'briefing en debriefing'. Dit vertaalt zich op de werkvloer



Lisanne van der Kruis

in een positief teamklimaat waar ruimte is voor continue communicatie, toetsing, afstemming, overleg en samenwerking met directe en indirecte collega's.

Geleerde lessen: empowerment van zorgteams

Het meten van prestaties van de klinische microsystemen met de MAT vormde een eerste aanzet om meer kwaliteitsbewustwording en een attitude van zelfreflectie in de zorgteams te creëren. Tijdens het responsief evalueren werden de teamleden verder gestimuleerd om hun waarden en meningen te uiten over de prestaties van het eigen zorgteam. De zorgteams voelden zich aangemoedigd om kritisch te zijn en scherp te blijven over het eigen presteren en verbetermogelijkheden.

Centraal in de evaluaties stonden vaardigheden als zelfreflectie, het geven en ontvangen van feedback, het delen van ervaringen, het vermogen om problemen op te lossen, te leren en te verbeteren. Het belang van een teamcultuur waarbij sprake is van waarden als openheid en veranderingsbereidheid en van activiteiten als directe communicatie en wederzijdse ondersteuning is hierbij benadrukt.

Dit betekent dat de grotere organisatie minder

top-down stuurt en voorschrijft, maar ervoor zorgt dat zorgteams kunnen meedenken en meewerken aan oplossingen.

Een blik naar de toekomst

Met het ontwikkelde zelfevaluatie-instrument zijn we erin geslaagd de focus te leggen op het functioneren van klinische microsystemen en hoe de kwaliteit daarvan kleinschalig te verbeteren is.

Het gebruik van het evaluatiemodel is waardevol om met regelmaat prestatiemetingen en aansluitend evaluatieprocessen uit te voeren. Dit levert organisatiebreed zelfbewustzijn op op het gebied van kwaliteit en verbetering. De prestatiegebieden die binnen de klinische microsystemen worden gemeten en geëvalueerd, krijgen aandacht en kunnen daardoor beter worden gemanaged. Op deze wijze is er met een microsystembenadering aandacht voor zowel de kwaliteit van zorg als de organisatie ervan, wat het raamwerk vormt voor clinical governance.

Met de implementatie van deze procedure wordt de kwaliteitszorg in een organisatie met zelfstandige zorgteams, verspreid over meerdere satellietvestigingen, al onderzoekende versterkt.



Louk Hollands



Bert Vrijhoef

Kader 2. De MAT als diagnose-instrument

De MAT is in dit onderzoek gekozen als meest geschikt evaluatiemodel, terwijl hierbij op voorhand enkele kanttekeningen zijn gemaakt. Zoals Mohr en Batalden (2002) al concludeerden is meer onderzoek nodig naar de validiteit en toepassing van zowel de MAT als van andere zelfevaluatie-instrumenten in de context van hoogpresterende klinische microsystemen. Het gebruik van de MAT is dan ook primair bedoeld voor het verkrijgen van een eerste diagnose van sterke prestatiegebieden en groeiomgankelijkheden van het zorgteam (Nelson et al., 2002).

Wat is er al bekend?

Organisaties met meerdere satellietvestigingen hebben een verhoogd risico op ongewenste variatie in kwaliteitszorg. De wijze waarop de patiëntenzorg wordt beoefend in meerdere zelfstandige zorgteams van dezelfde organisatie vraagt om een procedure om de kwaliteit van zorg te meten en eventueel bij te sturen op verbetering. Toch ontbreekt juist in deze situatie zo'n procedure voor interne kwaliteitsbeoordeling en -verbetering.

Wat is nieuw?

Dit onderzoek leert ons dat het beoordelen en verbeteren van kwaliteit door middel van zelfevaluatie in klinische microsystemen de sleutel is voor het realiseren van organisatiebrede kwaliteitsverbeteringen. Empowerment van hoogpresterende zorgteams, als vitale bouwstenen in de organisatie, voor het meedenken en meewerken aan kwaliteitsoplossingen wordt benadrukt waarbij stimulering, coördinatie en ondersteuning vanuit de overkoepelende organisatie onmisbaar zijn.

Wat kun je hiermee?

In dit onderzoek is een zelfevaluatie-instrument ontwikkeld op basis van een microsystembenadering. Met het instrument wordt in de zorgteams een kwaliteitstoets uitgevoerd bestaande uit twee onderzoeksfases: prestatiemeting en reflectie op prestatiemeting. De zorgteams worden gestimuleerd om het eigen functioneren te beoordelen en het verbeterpotentieel te verdiepen. Dit zelfevaluatieproces schept de voorwaarden voor empowerment van zorgteams in relatie tot bottom-up verandering en clinical governance.

Literatuur

Abma, T.A., Molewijk, B. en G.A.M. Widdershoven, Good care in ongoing dialogue. Improving the quality of care through moral deliberation and responsive evaluation, *Health Care Analysis*, 17, 2009/3, 217-235.

Dartmouth-Hitchcock Medical Center. Introductie. Opgehaald 20 april 2011, van: www.dhmc.org

Donaldson, M. en J. Mohr, *Exploring innovation and quality improvement in health care microsystems: A cross-case analysis: A technical report for the Institute of Medicine Committee on quality of health care in America*. DC: Institute of Medicine, Washington, 2000.

Foster, T.C., Johnson, J.K., Nelson, E.C. en P.B. Batalden, Using a Malcolm Baldrige framework to understand high-performing clinical Microsystems, *Quality and Safety in Health Care*, 5, 2007/16, 334-341.

Mohr, J.J., en P. Batalden, Improving safety at the front lines: the role of clinical Microsystems, *Quality and Safety in Health Care*, 1, 2002/11, 45-50.

Nelson, E.C., Batalden, P.B., Huber, T.P., Mohr, J.J., Godfrey, M.M., Headrick, L.A. en J.H. Wasson, Microsystems in health care: Part 1. Learning from high-performing front-line clinical units, *Journal on Quality Improvement*, 28, 2002/9, 472-493.

Nelson, E.C., Batalden, P.B. en M.M. Godfrey, *Quality by design: A clinical microsystems approach*. Jossey-Bass, San Francisco, 2007.

Quinn, J.B., *Intelligent enterprise: A knowledge and service based paradigm for industry*. Free Press, New York, 1992.

Verheggen, F.W.S.M., Kwaliteitszorg en integrerend kwaliteitsmanagement in zorginstellingen, *ZM Magazine*, 2005/3, 2-7.

Informatie over de auteurs

L.R.M. van der Kruis M.Sc. is in september 2010 afgestudeerd aan de Universiteit Maastricht, studierichting Beleid en Management van de Gezondheidswetenschappen. Momenteel is zij werkzaam als wetenschappelijk medewerker bij Stichting Ciran (Centra voor Integrale Revalidatie en Arbeidsactivering Nederland), lkruis@ciran.nl.

Drs. L. Hollands is voormalig universitair docent bij de Vakgroep Verpleging en Verzorging en onderzoeksinstituut CAPHRI aan de Universiteit Maastricht.

Prof.dr. H.J.M. Vrijhoef is hoogleraar Chronische Zorg bij Tranzo aan de Universiteit Tilburg, universitair hoofddocent bij de vakgroep Verpleging en Verzorging en onderzoeksinstituut CAPHRI aan de Universiteit Maastricht en hoofd van de afdeling onderzoek bij de eenheid Transmurale Zorg van het Maastricht UMC+.



Over management
van kwaliteit in
organisaties voor
langdurende zorg

Landingsbaan
voor
kwaliteit

Kwaliteit van zorg hoort niet hoog in de lucht te zweven. Het hoort thuis aan de grond. Kwaliteit is het uitgangspunt, het bestaansrecht en het fundament van iedere organisatie in de langdurende zorg. Een goede landingsbaan is nodig om verbeterprojecten in organisaties te laten landen, te verspreiden en te borgen. Hoe ziet de landingsbaan voor kwaliteit eruit? En hoe leg je hem aan?

Het boek *Landingsbaan voor kwaliteit*, een uitgave van Kluwer, het ZonMw-programma Zorg voor Beter en Plexus, biedt bestuurders een kijkje in de keuken van diverse instellingen. 22 zorgorganisaties voerden een project uit om ervaring op te doen met het verbeteren van de randvoorwaarden voor verbeterprojecten in hun organisatie. De ervaringen en geleerde lessen zijn in dit boek beschreven. Bovendien is een checklist opgenomen waarmee bestuurders een stappenplan voor verbetering van het management van kwaliteit in hun instelling kunnen opstellen.

Meer informatie of bestellen? Ga naar
www.zorgmarkt.net/shop

Het boek is ook verkrijgbaar via de boekhandel.

 **Kluwer**
a Wolters Kluwer business

Landingsbaan voor kwaliteit
Redactie: Emmeline Kunst, Jet Wiechers
en Joris van der Putten

ISBN: 9789013072280 - Prijs: € 24,95 (incl. btw)

