

‘Beïnvloedbare en zichtbare kwaliteit’

Onderzoek naar verpleegsensitieve patiëntenuitkomsten voor het Magneet Plus programma binnen het St. Antonius Ziekenhuis.



ZIEKENHUIS
ST ANTONIUS

CHE
CHRISTELIJKE
HOGESCHOOL
EDE

Afstudeeronderzoek HBO verpleegkunde

School:

Christelijke Hogeschool Ede

Projectleden:

Sjanine van Dijk

Ilse Herwig

Esther Krens

Suzanna Verboom

Opdrachtgever:

Drs. T. Hoekstra

Begeleidend docent:

Drs. M.C. van Hell-Cromwijk

Datum:

Juni, 2009

‘Beïnvloedbare en zichtbare kwaliteit’

*Onderzoek naar verpleegsensitieve patiëntenuitkomsten voor het Magneet Plus programma
binnen het St. Antonius Ziekenhuis.*

Samenvatting

Binnen het St. Antonius Ziekenhuis is onderzoek gedaan naar 'Magnet Hospitals' en verpleegsensitieve data. Amerikaanse 'Magnet Hospitals' zijn ziekenhuizen die verpleegkundigen aantrekken en behouden. Een 'Magnet Hospital' levert voordelen op voor de instelling, de verpleegkundigen en de patiënten. In Nederland groeide de interesse voor dit model door de positieve persberichten over deze ziekenhuizen. Vanwege cultuurverschillen is het echter niet mogelijk om het model als zodanig over te nemen. Daarom wordt op dit moment een Nederlands magneetprogramma ontwikkeld. Het Nederlandse conceptmodel richt zich op de resultaten, die opgesplitst zijn in resultaten voor de patiënten, de verpleegkundigen/verzorgenden en de organisatie. Dit afstudeeronderzoek is gericht op het onderdeel 'patiënten', waarvoor een 'verpleegsensitieve' dataset gevormd is. Deze dataset bestaat uit kwaliteitsgegevens (uitkomstgegevens) waar de verpleegkundige zorg op van invloed is. De volgende vraagstelling is beantwoord: "Wat is in de literatuur bekend over verpleegsensitieve data en welke van deze data dragen binnen het St. Antonius Ziekenhuis bij aan de ontwikkeling van het meetinstrument voor 'patient outcomes' bij het tot stand komen van het Magneet Plus programma in Nederland?"

Het onderzoek bestaat voornamelijk uit literatuuronderzoek. Er is nagegaan welke hoofdkwaliteitssystemen het St. Antonius Ziekenhuis gebruikt waarbij gegevens verzameld worden die te maken hebben met de directe patiëntenzorg. De volgende kwaliteitssystemen gebruikt het St. Antonius Ziekenhuis: NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie Ziekenhuizen), VMS, zes basiselementen en tien thema's (Veiligheidsmanagement Systeem), prestatie-indicatoren van de IGZ (Inspectie voor gezondheidszorg), LPZ (Landelijke Prevalentie Zorgproblemen) en PTO (Patiënttevredenheidsonderzoek). Omdat het Nederlandse Magneet Plus programma alleen gericht is op de uitkomsten, is allereerst bepaald bij welke van de indicatoren het gaat om een uitkomst. Vervolgens is nagegaan wat verpleegsensitief inhoudt. Een uitkomst wordt gezien als verpleegsensitief als er een relatie bestaat tussen bepaalde aspecten van de verpleegkundige zorg en de uitkomsten hiervan. Daarnaast zijn drie kwaliteitsmedewerkers geïnterviewd over de verpleegsensitiviteit van kwaliteitsindicatoren.

Aan de hand van literatuurstudie en interviews is een verpleegsensitieve dataset gevormd. Verondersteld wordt dat de volgende gegevens verpleegsensitief zijn: NIAZ: waardering door klanten en patiënten, VMS: de tien landelijke veiligheidsthema's, behalve voorkomen van nierinsufficiëntie en voorkomen van medicatiegerelateerde fouten, IGZ: decubitus, ondervoeding en pijn na een operatie, LPZ: ondervoeding en decubitus en PTO met behulp van de NVZ vragenlijsten. Over deze dataset wordt alleen een veronderstelling uitgesproken, omdat gebleken is dat voor het selecteren van verpleegsensitieve gegevens een uitgebreid

proces doorlopen dient te worden. Deze gegevens worden uiteindelijk verzameld en verwerkt door verschillende kwaliteitsmedewerkers werkzaam binnen het St. Antonius Ziekenhuis. Ten slotte zijn de kwantitatieve uitkomsten van de betreffende dataset van 2006, 2007 en 2008 weergegeven.

Naar aanleiding van de resultaten is een aanbeveling gedaan om diverse kwaliteitsgegevens te gaan meten met behulp van de LPZ, zoals smetten. Tevens is een aanbeveling gedaan om de verpleegsensitieve dataset die samengesteld is, uitvoerig te testen alvorens deze te implementeren. Daarnaast is aan te bevelen om de kwaliteitsgegevens vaker weer te geven en deze transparant te maken binnen het ziekenhuis. Hierdoor kan tijdig ingegrepen worden bij veranderingen binnen de uitkomsten. Als laatste is het belangrijk om breder onderzoek te laten plaatsvinden om uiteindelijk een complete dataset samen te kunnen stellen. Deze set kan gebruikt worden binnen alle gezondheidszorginstellingen. De dataset kan opgenomen worden in het Magneet Plus programma.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	4
Voorwoord.....	8
1 Inleiding.....	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 Probleemstelling.....	10
1.3 Opbouw verslag	10
2 Onderzoeksozet	12
2.1 Onderzoeksmethode.....	12
2.2 Dataverzameling	12
2.3 Data-analyse	14
2.4 Populatie	14
2.5 Betrouwbaarheid	15
2.6 Validiteit.....	15
2.7 Ethische aspecten.....	15
3 Resultaten	17
3.1 Literatuurstudie resultaten.....	17
3.1.1 Magnet Hospital.....	17
3.1.2 Magneet Plus programma in Nederland	19
3.1.3 Kwaliteitssystemen.....	21
3.1.4 (Hoofd)kwaliteitssystemen in Nederland.....	22
3.1.5 Verpleegsensitief	30
3.2 Interview.....	33
3.3 Resultaten ‘Verpleegsensitieve dataset’.....	34
3.3.1 Structuur-, proces- en uitkomstindicatoren	34
3.3.2 Selectie van verpleegsensitieve en niet verpleegsensitieve kwaliteitsgegevens	35
3.3.3 Verpleegsensitieve kwaliteitsgegevens	37
4 Conclusies en discussie	40
4.1 Inleiding.....	40
4.2 Conclusie	40
4.2.1 Antwoord op de deelvragen.....	40
4.2.2 Beantwoording vraagstelling.....	42
4.3 Discussie.....	42
5 Aanbevelingen.....	45
Literatuurlijst.....	47
Bijlagen	53

Bijlage 1: Veertien pijlers Magnet Hospital	54
Bijlage 2: Negen onderdelen van NIAZ	57
Bijlage 3: Tien thema's Veiligheidsmanagement systeem.....	60
Bijlage 4: Twintig prestatie-indicatoren Inspectie Gezondheidszorg.....	62
Bijlage 5: Verpleegsensitief	66
Bijlage 6: Resultaten	69
Bijlage 7: Uitgewerkte interviews.....	82

Voorwoord

Voor u ligt het verslag van ons afstudeeronderzoek met als titel 'beïnvloedbare en zichtbare kwaliteit'. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein. Dit onderzoek levert een bijdrage aan de ontwikkeling van het Nederlandse Magneet Plus programma. In Amerika hebben 'Magnet Hospitals' hun succes bewezen en zo is de interesse voor dit model in Nederland gegroeid. Wij zien terug op een interessante en fijne periode. Zowel het inhoudelijke als het procesmatige aspect van dit onderzoek hebben wij als leuk en leerzaam ervaren.

Vanaf deze plaats willen wij diegenen bedanken die ons begeleid hebben bij de uitvoering van ons onderzoek. In de eerste plaats denken wij hierbij aan drs. Marlies van Hell, begeleidend docent vanuit de Christelijke Hogeschool Ede. Wij willen haar hartelijk bedanken voor de fijne samenwerking en haar kritische feedback. Daarnaast willen we drs. Tjitze Hoekstra, onze begeleider vanuit het St. Antonius Ziekenhuis, bedanken voor zijn enthousiasme en begeleiding gedurende de uitvoering van het onderzoek. Tevens gaat onze dank uit naar drs. Rob van der Peet. Aan het begin van het onderzoek heeft hij ons veel duidelijkheid geboden in alle informatie en de vele richtingen die we uit konden gaan. Verder denken we aan Els Punt, Wim van den Bosch en Saskia Hanemaaijer, die een bijdrage hebben geleverd door middel van interviews en aanvullende informatie. Ten slotte bedanken wij iedereen die hier niet bij name genoemd is, maar door wie dit onderzoek mede mogelijk is gemaakt.

Wij hopen dat dit onderzoek uiteindelijk een bijdrage zal leveren aan de ontwikkeling van een Nederlands Magneet Plus programma, wat zal leiden tot verhoging van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg.

Ede, juni 2009

Sjanine van Dijk

Ilse Herwig

Esther Krens

Suzanna Verboom

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In Nederland groeide de interesse voor het 'Magnet' model door succesvolle Amerikaanse persberichten over 'Magnet' (Dijk, F. E. van, e.a., 2008). Dit vormde de aanleiding voor het ontwikkelen van een Nederlands Magneet Plus programma. Dit afstudeeronderzoek zal een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van het Magneet Plus programma in Nederland.

In de jaren tachtig groeide het tekort aan verpleegkundigen in Amerika. Toch bleken er instellingen te zijn waar altijd voldoende verpleegkundigen werkzaam waren. Deze verpleegkundigen werkten met veel plezier in de instellingen, wat de kwaliteit van zorg verhoogde (Dijk, F. E. van, e.a., 2008). Dit vormde de aanleiding voor de American Academy of Nursing (AAN) om te onderzoeken wat deze zorginstellingen zo aantrekkelijk maakt voor verpleegkundigen. Uiteindelijk zijn er veertien zogenoemde magneetkrachten, 'Magnet Forces', geformuleerd, waarmee een instelling aantrekkingskracht uitoefent op verpleegkundigen (Bless, W. van der, 2008). Om geaccrediteerd te worden als 'Magnet Hospital' moet een zorginstelling een uitgebreid accreditatieproces doorlopen. De veertien 'Magnet Forces' vormen de basis voor het behalen van het 'Magnet'-certificaat (American Nurses Credentialing Center).

Door cultuurverschillen is het echter niet mogelijk om het bestaande model als zodanig over te nemen voor gebruik in Nederland (Dijk, F. E. van, e.a., 2008). Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) ontwikkelen een vertaling van het Amerikaanse model naar de Nederlandse situatie.

In Amerika is de magneetstatus van een zorginstelling afhankelijk van de beantwoording aan de veertien 'Magnet Forces' (structuur) en de implementatie hiervan (proces). Het Nederlandse concept richt zich, in tegenstelling tot het Amerikaanse model, op de 'outcomes' (resultaten). De magnetische cultuur heeft in Amerika goede resultaten opgeleverd voor de patiënten, de verpleegkundigen/verzorgenden en de organisatie. De magnetische cultuur houdt in dat de verpleegkundigen een grote autonomie hebben bij de uitoefening van hun vak, dat er flink wordt geïnvesteerd in hun opleiding en scholing en dat ze vertegenwoordigd zijn in de leiding van het ziekenhuis (Bless, W. van der, 2008). Het magneetprogramma vergroot de *patiënt*veiligheid en de kwaliteit van zorg. Voor de *verpleegkundigen* biedt het magneetprogramma een aantrekkelijke werkomgeving en een hoge arbeidstevredenheid. Voor de *organisatie* levert het weinig vacatures en een laag verloop van verpleegkundigen op. Deze drie 'outcomes' (patiënt-, verpleegkundigen/verzorgenden- en organisatie-uitkomsten) vormen de basis voor het Nederlandse concept en zijn uitgewerkt in de vorm van een driehoek (zie pagina 18): het Nederlandse conceptmodel (Dijk, F. E. van, e.a., 2008).

Het afstudeeronderzoek is gericht op het onderdeel 'resultaten voor patiënten'. In een gesprek met dhr. van der Peet, senior beleidsadviseur bij V&VN, kwam naar voren dat de normen voor de resultaten met betrekking tot de verpleegkundigen en de organisatie reeds vormgegeven worden. Om te beoordelen of zorginstellingen in aanmerkingen komen voor de magneetstatus moeten de normen voor de resultaten met betrekking tot de patiënt ook ontwikkeld worden. Dit afstudeeronderzoek is gericht op de patiëntenresultaten waar de verpleegkundige zorg op van invloed is, ook wel verpleegsensitieve data genoemd.

1.2 Probleemstelling

Vraagstelling

Wat is in de literatuur bekend over verpleegsensitieve data en welke van deze data dragen binnen het St. Antonius Ziekenhuis bij aan de ontwikkeling van het meetinstrument voor 'patient outcomes' bij het tot stand komen van het Magneet Plus programma in Nederland?

Doelstelling

De verpleegsensitieve data die bijdragen aan het tot stand komen van het Magneet Plus programma in Nederland zijn op 19 juni 2009 in kaart gebracht aan de hand van de kwaliteitsgegevens in het St. Antonius Ziekenhuis.

Deelvragen

1. Wat is een 'Magnet Hospital'?
2. Hoe ziet het Nederlandse concept er op dit moment uit?
3. Welke kwaliteitssystemen voor Nederlandse ziekenhuizen bestaan er en welke gegevens brengen deze in kaart?
4. Welke kwaliteitsgegevens worden verzameld binnen het St. Antonius Ziekenhuis en op welke wijze worden deze verkregen?
5. Wat zijn verpleegsensitieve kwaliteitsgegevens en waarop worden deze gebaseerd?
6. Welke van de kwaliteitsgegevens die het St. Antonius Ziekenhuis verzamelt, zijn verpleegsensitief?
7. Wat zijn de verpleegsensitieve kwaliteitsuitkomsten van de afgelopen drie jaar in het St. Antonius Ziekenhuis?

1.3 Opbouw verslag

Het onderzoek is uitgevoerd in verschillende fasen. In hoofdstuk twee staat de onderzoeksopzet beschreven. In hoofdstuk drie komen de resultaten aan bod. Hierin staan de resultaten van de literatuurstudie, de

interviews en de verpleegsensitieve dataset. Hoofdstuk vier bevat conclusies en de discussie. In hoofdstuk vijf worden de aanbevelingen die aan het St. Antonius Ziekenhuis gegeven worden beschreven.

2 Onderzoeksopzet

2.1 Onderzoeksmethode

Voor het beantwoorden van de vraagstelling is gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek verzamelt geen informatie in de vorm van cijfers, maar in de vorm van teksten (Verhoeven, N., 2007). *“Kwalitatief onderzoek is vaak bedoeld om nieuwe hypothesen te ontwikkelen die vervolgens in kwantitatief onderzoek getoetst kunnen worden, maar het wordt soms ook toegepast om vraagstellingen rechtstreeks te beantwoorden of hypothesen te toetsen”* (Zielhuis, G.A., e.a., 2003).

Omdat in Nederland relatief weinig bekend is over ‘Magnet Hospitals’ is dit afstudeeronderzoek vooral kwalitatief: beschrijvend en explorerend. Het onderzoek bestaat voornamelijk uit literatuurstudie, daarnaast zijn enkele interviews afgenomen. Voor het vergelijken van de kwaliteitsuitkomsten waarvan verwacht wordt dat ze verpleegsensitief zijn, is kwantitatief onderzoek verricht. *“Bij kwantitatieve methoden wordt gebruikgemaakt van cijfermatige informatie, gegevens in cijfers over objecten, organisaties en personen”* (Verhoeven, N., 2007).

2.2 Dataverzameling

Om de vraagstelling van het onderzoek te beantwoorden is gekozen voor twee dataverzamelingsmethoden: literatuurstudie en het afnemen van interviews. *“Literatuuronderzoek kan een hoofdbestanddeel van het onderzoek vormen”* (Verhoeven, N., 2007). Voor het opstellen van een verpleegsensitieve dataset zijn naast uitgebreide literatuurstudie drie kwaliteitsmedewerkers geïnterviewd voor het selecteren van de verpleegsensitieve kwaliteitsgegevens die het St. Antonius Ziekenhuis verzamelt. Er is gebruik gemaakt van artikelen via verpleegkundige databases, boeken en websites van de verschillende kwaliteitssystemen waarvan onvoldoende publicaties beschikbaar waren. Voor de literatuurstudie is gebruik gemaakt van twee methodes: de sneeuwbalmethode en het systematische literatuuronderzoek. Bij de sneeuwbalmethode is een publicatie gebruikt over het betreffende onderwerp en is via literatuurverwijzingen verder gezocht. Tevens is met behulp van databases gezocht op trefwoorden waardoor alle mogelijke bronnen naar voren kwamen. Dit is de systematische methode (Dassen, Th.B.N., e.a., 2002).

Bij de kwaliteitsmedewerkers zijn half-gestructureerde interviews afgenomen. Bij een half-gestructureerd interview liggen de onderwerpen en de belangrijkste vragen vast. De vragen om dieper op het onderwerp in te gaan, liggen meestal niet vast. De onderwerpen die aan bod komen bij het interview zijn vooraf vastgelegd in een topiclijst. De topiclijst is gemaakt op basis van de deelvragen vier tot zeven, zie paragraaf 1.2. Op basis van deze topiclijst zijn de vragen voor het interview geformuleerd (Baarda, D.B., e.a., 2005).

2.2.1 Opzet literatuurstudie

Literatuurstudie is in dit onderzoek een hoofdbestanddeel. Hieronder volgen de opgestelde doelstellingen, vraagstellingen en deelvragen.

Literatuurstudie deel 1

Doelstelling:

Op 3 april 2009 is onderzocht wat er in de literatuur bekend is over 'Magnet Hospital'.

Vraagstelling:

Wat is er in de literatuur bekend over 'Magnet Hospital'?

Deelvragen:

- Wat was de aanleiding voor het ontstaan van 'Magnet Hospitals'?
- Wat houdt het 'Magnet Recognition Program' in?
- Welke ontwikkelingen heeft het 'Magnet Hospital' doorgemaakt?
- Wat zijn de effecten van de 'Magnet Status'?

Literatuurstudie deel 2

Doelstelling:

Op 10 april 2009 is onderzocht in hoeverre het Nederlandse Magneet Plus programma ontwikkeld is en wat de plannen en verwachtingen zijn voor dit programma.

Vraagstelling:

In hoeverre is het Nederlandse Magneet Plus programma ontwikkeld en hoe is de toekomstverwachting van de ontwikkeling van dit programma?

Deelvragen:

- Wat vormde de aanleiding tot het ontwerpen van een Nederlands Magneet Plus programma?
- Hoe is de ontwikkeling naar een Nederlandse Magneet Plus programma tot nu toe verlopen?
- Hoe ziet het concept er momenteel uit?
- Wat zijn de verwachtingen met betrekking tot de ontwikkeling van een Nederlands Magneet Plus programma?

Literatuurstudie deel 3

Doelstelling:

Op 24 april zijn de verschillende kwaliteitssystemen in Nederland onderzocht en is duidelijk geworden welke kwaliteitsgegevens zij in kaart brengen.

Vraagstelling:

Welke kwaliteitssystemen zijn er in Nederland en welke kwaliteitsgegevens brengen zij in kaart?

Deelvragen:

- Wat is een kwaliteitssysteem?
- Waartoe dienen kwaliteitssystemen?
- Welke (hoofd) kwaliteitssystemen zijn er in Nederland?
- Welke kwaliteitsgegevens meten deze kwaliteitssystemen?

2.3 Data-analyse

De literatuur is geselecteerd op het jaar waarin de literatuur geschreven of voor het laatst herzien is en de mate van de betrouwbaarheid van de bron. De bronnen die gebruikt zijn, zijn niet ouder dan tien jaar. In paragraaf 2.5 wordt verder ingegaan op de betrouwbaarheid van de bron. Vervolgens is gekeken of de literatuur bijdraagt aan de beantwoording van de hoofdvraag en deelvragen. De literatuur is geselecteerd op basis van de titel, auteur en een eventuele samenvatting (Baarda, D.B., e.a., 2005). Voor het maken van de literatuurlijst is de APA-richtlijn (APA= America Psychological Association) gehanteerd (Baarda, D.B., e.a., 2005). Elk gehouden interview is opgenomen en letterlijk uitgetypt. Uit deze verslagen zijn kerngegevens gehaald die antwoord geven op vragen die betrekking hebben op de gestelde problemen.

2.4 Populatie

De populatie is het domein waarbinnen het onderzoek zich afspeelt (Verhoeven, N., 2007). *“Alle ‘eenheden’ (personen, zaken, organisaties, etc.) waarover je in je onderzoek uitspraken wilt doen, vormen samen je populatie”* (Verhoeven, N., 2007). De interviews zijn afgenomen onder een populatie van kwaliteitsmedewerkers die werkzaam zijn binnen het St. Antonius Ziekenhuis.

Een steekproef is een klein deel van de populatie waarover gegevens verzameld kunnen worden (Verhoeven, N., 2007). De steekproef bestaat uit drie kwaliteitsmedewerkers.

2.5 Betrouwbaarheid

Bij de betrouwbaarheid van onderzoek gaat het om de mate waarin het onderzoek vrij is van fouten die toevallig gemaakt worden (Verhoeven, N., 2007). Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen zijn de volgende maatregelen genomen. De literatuurstudie over 'Magnet' berust grotendeels op onderzoeksuitkomsten uit Amerika. Hier wordt al ruim dertig jaar met het 'Magnet Recognition Program' gewerkt, waar veel onderzoek naar gedaan is (Dijk, F. E. van, e.a., 2008). De literatuur over kwaliteitssystemen komt uit databases, boeken en van websites.

De afgenomen interviews zijn opgenomen en letterlijk uitgetypt. Tevens zijn de interviews geanalyseerd door een persoon die niet aanwezig is geweest bij het afnemen van het interview. Op deze wijze zijn mogelijke interpretaties en subjectiviteit verkleind.

2.6 Validiteit

Een onderzoek moet valide zijn. Een ander woord voor valide is geldig. *"Het moet zeker zijn dat er 'gemeten wordt wat er gemeten zou worden', en dat bij het onderzoek geen systematische fouten zijn gemaakt"* (Verhoeven, N., 2007). De interne validiteit of geldigheid wordt bepaald door de mate waarin de gekozen opzet passend en adequaat is. Externe validiteit heeft betrekking op de generalisatie van de resultaten naar andere onderzoekseenheden (Baarda, D.B., e.a., 2005).

Omdat in Nederland nog weinig bekend is over magneetziekenhuizen, is literatuurstudie een groot onderdeel van het onderzoek, wat de interne validiteit vergroot.

Voor het samenstellen van een verpleegsensitieve dataset zijn verschillende data-verzamelmethode gebruikt. In de eerste plaats is literatuurstudie gedaan naar indicatoren waarbij de verpleegkundige invloed heeft op de resultaten. Daarna is aan de hand van de Amerikaanse definitie van 'verpleegsensitief' beoordeeld of een indicator daadwerkelijk verpleegsensitief is. Ten slotte zijn bij kwaliteitsmedewerkers interviews afgenomen waarin is gevraagd welke kwaliteitsindicatoren beïnvloedbaar zijn door verpleegkundigen. Het selecteren van de verpleegsensitieve kwaliteitsgegevens op basis van deze verschillende data-verzamelmethode vergroot de externe validiteit van het onderzoek.

2.7 Ethische aspecten

Van verpleegkundigen die betrokken zijn bij onderzoek op patiënten wordt verwacht dat zij op de hoogte zijn van ethische voorschriften en hier ook naar handelen. De onderzoeker is verantwoordelijk voor de bescherming van de patiënt. Een patiënt heeft recht op informatie en kan medewerking weigeren. Dit dient gerespecteerd te worden (Raeve, P. de, 1998).

Er is geen gebruik gemaakt van gegevens waar een patiënt toestemming voor dient te geven. Tijdens het onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens die het St. Antonius Ziekenhuis reeds verzameld.

3 Resultaten

3.1 Literatuurstudie resultaten

Voor het opstellen van de dataset is gebruik gemaakt van uitgebreide literatuurstudie. In de eerste paragraaf komen de resultaten van de literatuurstudie aan bod. Literatuurstudie is opgenomen in dit hoofdstuk omdat het in dit onderzoek een hoofdbestanddeel vormt. In de methode (paragraaf 2.2) staan de opgestelde doelstellingen, vraagstellingen en deelvragen voor de literatuurstudie. In paragraaf 3.2 wordt een samenvatting gegeven van de interviews die zijn afgenomen. In aansluiting op deze paragrafen wordt in de laatste paragraaf de verpleegsensitieve dataset gevormd.

3.1.1 Magnet Hospital

3.1.1.1 Magnet Recognition Program

Een 'Magnet Hospital' trekt verpleegkundigen aan. Door de American Academy of Nursing (AAN) is onderzocht waardoor bepaalde ziekenhuizen aantrekkelijk waren voor verpleegkundigen (Dijk, F. E. van, e.a., 2008, Peet, R., van der, 2008, www.nursecredentialing.org). Op basis van dit onderzoek zijn veertien pijlers opgesteld (Magnet Forces). Aan de hand van de Magnet Forces (zie bijlage 1) startte het American Nurses Credentialing Center (ANCC) in 1991 het '*Magnet Recognition Program*'. Na een pilot-project werd in 1994 het eerste magneetziekenhuis gecertificeerd (www.nursecredentialing.org). Om voor het 'Magnet' certificaat in aanmerking te komen moet een zorginstelling een uitgebreid accreditatieproces doorlopen. Om het accreditatieproces te doorlopen gaat de zorginstelling eerst na of ze aan de gestelde voorwaarden voldoet. Voorbeelden hiervan zijn: de instelling maakt deel uit van een instelling voor gezondheidszorg, bevat meerdere verpleegkundige afdelingen en verzamelt gegevens over minimaal twaalf verpleegsensitieve kwaliteitsindicatoren. Als voldaan is aan de voorwaarden begint het accreditatieproces met een schriftelijke zelfevaluatie. Deze zelfevaluatie bestaat uit een documentatie met een overzicht van de organisatiestructuur, een demografische beschrijving (verpleegkundig personeel en hun opleiding) van de instelling, documentatie van de veertien pijlers en feedback van de patiënten op de documentatie. Tijdens de accreditatie wordt een zorginstelling beoordeeld op zowel structurele kenmerken als de wijze waarop deze kenmerken worden geïmplementeerd. Het certificaat is vier jaar geldig. Daarna moet het accreditatieproces worden herhaald. In 1998 werd het programma uitgebreid met instellingen voor langdurige zorg (Dijk, F. E. van, e.a., 2008).

3.1.1.2 Ontwikkelingen 'Magnet Hospital'

In de Verenigde Staten zijn momenteel 287 magneetinstellingen geaccrediteerd. In 1998 waren dit slechts zeven instellingen. Daarnaast zijn meer dan 200 instellingen bezig met het behalen van de accreditatie. Bovendien neemt de belangstelling voor het Magnetcertificaat in het buitenland snel toe. Landen die ermee bezig zijn: Australië, Nieuw Zeeland, Verenigd Koninkrijk, Finland, België en Nederland (Dijk, F. E. van, e.a., 2008).

In het jaar 2008 zijn de veertien magneetkrachten gebundeld tot vijf magneetkrachten. Er bleek namelijk veel overlapping voor te komen in de documentatie die ziekenhuizen aanleverden voor de accreditatie. Dit is de laatste wijziging die het 'Magnet Recognition Program' heeft ondergaan (www.nursecredentialing.org). De vijf magneetkrachten worden hieronder kort omschreven.

Transformational Leadership: Transformationeel leiderschap betekent dat verpleegkundigen zo aangestuurd worden, dat er aan de eisen van de toekomst voldaan kan worden. Dit betekent dat verpleegkundigen visie, invloed, klinische kennis en deskundigheid nodig hebben op het gebied van de verpleegkundige beroepsuitoefening.

Structural Empowerment: De structuren en processen bieden een innovatieve werkomgeving waarin visie en waarden van de organisatie gaan leven, zodat de uitkomsten worden gerealiseerd.

Exemplary Professional Practice: De essentie van een magneetinstelling wordt gebaseerd op een uitstekende uitoefening van het verpleegkundige beroep. Dit vraagt inzicht in de rol van verpleegkundigen. Ook vraagt dit om toepassing van 'evidence based' kennis.

New Knowledge, Innovations and Improvements: Magneetinstellingen hebben de verantwoordelijkheid om een bijdrage te leveren aan de patiëntenzorg, de organisatie en het beroep.

Empirical Quality Outcomes: Het huidige accreditatieproces is nog te veel gericht op structuren en processen, vanuit de veronderstelling dat gewenste 'outcomes' vanzelf zouden volgen. In de toekomst is dit slechts een eerste stap. Bij de 'outcomes' wordt onderscheid gemaakt tussen 'outcomes' in relatie tot de patiënten, de verpleegkundigen en de organisatie. Als het mogelijk is, worden data gebruikt die al door de instelling werden verzameld. Ook moeten benchmarks worden vastgesteld. Zo is zichtbaar hoe de zorginstelling presteert ten opzichte van andere zorginstellingen (Dijk, F. E. van, e.a., 2008, www.nursecredentialing.org, Pinkerton, S., 2008).

3.1.1.3 Effecten 'Magnet Status'

Een 'Magnet Hospital' heeft effect op zowel de instelling, verpleegkundigen als op de zorg (Dijk, F. E. van, e.a., 2008). In een 'Magnet Hospital' is een lager verloop onder verpleegkundigen. De instelling heeft minder moeite met het werven en behouden van verpleegkundigen. De organisatie ziet het belang van professionele

ontwikkeling voor het behouden van verpleegkundigen, arbeidstevredenheid en kwaliteit van zorg. Ook leveren 'Magnet Hospitals' resultaten op voor verpleegkundigen. Verpleegkundigen hebben meer zeggenschap over de beroepsuitoefening en er zijn positieve relaties tussen verpleegkundigen en artsen. De zelfstandigheid van verpleegkundigen heeft invloed op de arbeidstevredenheid en kwaliteit van zorg. Verpleegkundigen hebben daarbij het gevoel dat er kwalitatief goede zorg geleverd kan worden (American Nurses Credentialing Center, 2005). Ook komt burn-out minder voor. Ten slotte is de patiënttevredenheid in een 'Magnet Hospital' groot, komen er minder complicaties voor, is de opnameduur korter en laten afdelingen een lagere mortaliteit zien (Peet, R. A. M. van der, 2008, American Nurses Credentialing Center, 2005). 93% van de patiënten heeft meer vertrouwen in een 'Magneetinstelling' (Dijk, F. van, e.a., 2008).

3.1.2 Magneet Plus programma in Nederland

3.1.2.1 Aanleiding

Op 4 oktober 2007 lieten de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) een persbericht uitgaan. Hierin stond vermeld dat de NPCF en V&VN een Nederlands Magneet Plus programma gaan ontwikkelen (www.venvn.nl).

In de Verenigde Staten heeft het programma 'Magnet Hospitals' zijn succes bewezen: de arbeidstevredenheid onder verpleegkundigen is hoger, er zijn weinig problemen met de werving van personeel en het verloop ligt in deze ziekenhuizen laag (www.venvn.nl). Ook de transparantie, kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid blijven op peil, door deze met behulp van (verpleegsensitieve) kwaliteitsindicatoren transparant te maken (Dijk, F. van e.a., 2008).

Naar aanleiding van deze positieve resultaten is een delegatie van bestuurders en vertegenwoordigers op studiereis naar de VS geweest om zich ter plaatse een beeld te vormen van het 'Magnet Hospital'.

Op basis van literatuurstudie en een studiereis naar Amerika is besloten om een Nederlands Magneet Plus programma te gaan ontwikkelen. Het magneetconcept kan een bijdrage leveren aan de oplossing van problemen binnen de Nederlandse gezondheidszorg, zoals een tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden, terwijl de vraag naar zorg blijft groeien. Verder is het belangrijk dat de kwaliteit van zorg verbetert, evenals de patiëntveiligheid (Dijk, F. E. van, e.a., 2008).

3.1.2.2 Concept Magneet Plus programma in Nederland

Vanwege cultuurverschillen is het niet mogelijk om het Amerikaanse model over te nemen. Daarom is het voorstel om een Nederlands Magneet Plus programma te ontwikkelen. Globaal bevat het Nederlandse Magneet Plus programma de volgende uitgangspunten: het programma is bedoeld voor alle zorginstellingen, er moet zoveel mogelijk gebruik worden gemaakt van data die een instelling al verzamelt en het moet een zichtbare bijdrage leveren aan de oplossing voor de problemen binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Wel

kunnen basiselementen uit het Amerikaanse model gebruikt worden in Nederland. Er kan bijvoorbeeld geregistreerd worden hoeveel verpleegkundigen in een organisatie werken en welke opleiding zij gevolgd hebben. Als dit namelijk niet gebeurt, wordt het lastig om te onderzoeken wat de invloed van verpleegkundigen is op verpleegsensitieve 'patient outcomes' (resultaten) en welke verpleegkundige-patiëntenratio efficiënt is bij het gelijk blijven van de kwaliteit van zorg (Dijk, F. E. van, e.a., 2008).

In de magneetziekenhuizen in de VS wordt per maand bijgehouden hoe het ziekenhuis presteert. Dit is zichtbaar voor iedereen (Bles, W. van der, 2008). In Nederland zijn instellingen verplicht gegevens in te sturen naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), en die gegevens worden vervolgens openbaar gemaakt. In Amerika gebeurt dit op vrijwillige basis. Het Magneet Plus programma kan een grote bijdrage leveren aan de verdere uitwerking hiervan in Nederland. Daarom is het aan te bevelen om het Nederlandse Magneet Plus programma uit te splitsen naar de verschillende 'outcomes'. In Amerika zijn dit: 'patient outcomes' (patiëntveiligheid en verpleegsensitieve kwaliteitsindicatoren), 'staff outcomes' (arbeidstevredenheid en werkomgeving) en 'organization outcomes' (weinig vacatures en laag verloop). Verwacht wordt dat het Nederlandse Magneet Plus programma dezelfde resultaten op zal leveren. (Dijk, F. E. van, e.a., 2008).

In tegenstelling tot Amerika wordt een instelling dan niet beoordeeld op de mate waarin het voldoet aan de veertien punten, maar op de verschillende 'outcomes'. Samen vormen de drie genoemde 'outcomes' het raamwerk voor het Nederlandse Magneet Plus programma.



Conceptmodel Nederlands Magneet Plus programma

Hiervoor moet worden nagegaan welke indicatoren in Nederland beschikbaar zijn; pas als deze bekend zijn, kunnen normen vastgesteld worden. Op basis van deze normen kan een instelling in aanmerking komen voor de status 'magneetinstelling'.

Voordelen van het Nederlandse concept zijn: *'het is een continu proces, het stimuleert de zorginstelling tot transformationeel leiderschap, het creëert een verbetercultuur binnen de zorginstelling en het leidt tot*

aantoonbare verbeteringen voor de verpleegkundigen/verzorgenden, de patiënten en de zorginstelling zelf (Peet, van der R., 2008).

3.1.2.3 Verwachtingen van het Magneet Plus programma in Nederland

Het Nederlandse Magneet Plus programma moet leiden tot verbeteringen voor patiënten, verpleegkundigen en verzorgenden en voor de instelling. Deze resultaten heeft het Amerikaanse model ook opgeleverd. Door de unieke opzet kunnen ook zorgverzekeraars en de Inspectie voor de Gezondheidszorg hun voordeel hiermee doen (Dijk, F.E. van, e.a., 2008).

Samenvatting

In Amerika heeft de AAN vijf magneetkenmerken opgesteld waar een 'Magnet Hospital' aan dient te voldoen. Magneetinstellingen onderscheiden zich door grote verpleegkundige tevredenheid en excellente zorg. In Nederland groeide de interesse in magneetziekenhuizen naar aanleiding van positieve persberichten over deze ziekenhuizen. V&VN en de NPCF ontwikkelen op dit moment een vertaling van het Amerikaanse model naar de Nederlandse situatie.

3.1.3 **Kwaliteitssystemen**

3.1.3.1 Wat is een kwaliteitssysteem?

Iedereen weet wat bedoeld wordt met kwaliteit, maar het is moeilijk te definiëren. Kwaliteit is een abstract en subjectief begrip, het is niet tastbaar en meningsgebonden. Er worden verschillende definities van het begrip kwaliteit gehanteerd in de zorgsector. De definitie van de Amerikaanse arts

Donabedian (1984), één van de grondleggers van de kwaliteitskunde in de gezondheidszorg, luidt: *'Kwaliteit is de mate van overeenkomst tussen criteria van goede zorg (wenselijke zorg) en de praktijk van die zorg (feitelijke zorg)'* (Schoot, T., 2006).

Instellingen zijn door de Kwaliteitswet Zorginstellingen sinds 1996 verplicht verantwoording af te leggen over de geleverde zorg. Het uitgangspunt van de Kwaliteitswet is de eigen verantwoordelijkheid van de zorginstelling voor kwalitatief goede zorg. De algemene eisen die de wet stelt, moet de individuele zorginstelling (of koepelorganisatie) nader uitwerken en invullen. De Kwaliteitswet is van toepassing op alle instellingen in de zorgsector. De Kwaliteitswet vraagt van de instellingen: het aanbod van verantwoorde zorg, een kwaliteitsbeleid, de opzet van kwaliteitssystemen en een interne en externe verantwoording van het gevoerde kwaliteitsbeleid (www.hulpkids.nl).

De IGZ houdt toezicht op de manier waarop de zorg georganiseerd is en op de veiligheid en kwaliteit van de geleverde zorg (www.igz.nl).

3.1.3.2 Waartoe dienen kwaliteitssystemen?

In deze paragraaf wordt alleen ingegaan op de derde eis uit de Kwaliteitswet Zorginstellingen: het opzetten van een kwaliteitssysteem. Het uitwerken van de andere drie eisen draagt niet bij aan de beantwoording van de probleemstelling.

ISO is een internationale organisatie die normen ontwikkelt voor kwaliteitsborging. Hoofddoelen van kwaliteitsbevordering in de ISO-systematiek zijn: tevredenheid van de klant over de kwaliteit van de dienstverlening, efficiëntie van de organisatie en voorkomen van negatieve effecten op samenleving en milieu. De ISO-normen zijn een inspiratiebron voor het systematisch werken aan kwaliteitsbevordering door het management. De normen zijn op te vatten als een kapstok voor het kwaliteitsbeleid van organisaties (Verbeek, 2006).

De geformuleerde normen waaraan een instelling wil voldoen, staan in een kwaliteitssysteem centraal (www.hulp.gids.nl). Continue kwaliteitsverbetering is een cyclisch proces. De stappen die horen bij de normstelling, toetsing en verbetering worden in een cirkel gezet. Deze bestaan uit het opstellen van richtlijnen, het beoordelen van de verleende zorg, het invoeren van verbeteringen en de evaluatie van het resultaat (Hunink, G. H., e.a., 2000).

In de zorgsector bestaan verschillende kwaliteitssystemen. Sommige kwaliteitssystemen zijn specifiek voor een sector ontwikkeld, andere systemen zijn geschikt voor bredere toepassing en kunnen in iedere sector of instelling toegepast worden. Naast de verplichte kwaliteitssystemen kan een instelling zelf nog voor een bepaald systeem kiezen, maar ook kunnen onderdelen van verschillende systemen worden gebruikt en met elkaar gecombineerd worden tot een 'eigen' systeem (Wersch, S. van, e.a., 1999). In de volgende paragraaf worden verschillende kwaliteitssystemen voor Nederlandse ziekenhuizen uitgewerkt.

Samenvatting

Kwaliteit is een abstract en subjectief begrip. Sinds 1996 zijn instellingen verplicht verantwoording af te leggen over de geleverde zorg. Dit staat beschreven in de Kwaliteitswet waarvan het uitgangspunt de eigen verantwoordelijkheid voor de geleverde zorg is. De kwaliteit van de geleverde zorg kan gemeten worden met behulp van verschillende kwaliteitssystemen.

3.1.4 (Hoofd)kwaliteitssystemen in Nederland

3.1.4.1 Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ)

In opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ) is in 1998 de ziekenhuisbrede NIAZ-kwaliteitsborgingnorm Kwaliteitssysteem ontwikkeld (www.niaz.nl). Het doel van NIAZ is het verbeteren van de organisatie van de kwaliteit van zorg in Nederlandse ziekenhuizen door middel van accreditatie. In 2008 nam ruim 80% van de Nederlandse ziekenhuizen deel aan het accreditatieprogramma (www.niaz.nl, Wersch, van S., e.a., 1999). Op negen september 1999 verkreeg het eerste ziekenhuis de NIAZ-accreditatie (www.amz.nl).

Accreditatietraject

De NIAZ toetsing wordt uitgevoerd op basis van de instellingsbrede Kwaliteitsnorm Zorginstelling. In de eerste fase schrijft de zorginstelling een zelfevaluatie-rapport aan de hand van de Kwaliteitsnorm Zorginstellingen. Tijdens een auditbezoek toetsen de auditoren de gemaakte afspraken van de zorginstelling. Het NIAZ besluit op basis van het auditrapport of de instelling voldoet aan de accreditatievoorwaarden. Wanneer dit het geval is, ontvangt de zorginstelling een accreditatiebewijs. De zorginstelling vertaalt binnen drie maanden de verbeterpunten uit het auditrapport in een actieplan. Na een jaar komt het auditteam de uitvoering van het actieplan toetsen (www.niaz.nl).

Kwaliteitsnorm Zorginstellingen

De Kwaliteitsnorm Zorginstelling bestaat uit negen onderdelen. Dit zijn: leiderschap, strategie en beleid, management van medewerkers, management van middelen, management van zorgprocessen, waardering door klanten en patiënten, waardering door medewerkers, waardering door de maatschappij en eindresultaten en transparantie. (www.niaz.nl). In bijlage 2 staat de uitleg van deze negen onderdelen.

3.1.4.2 Veiligheid Management Systeem (VMS)

De aanleiding tot het ontstaan van VMS was het rapport van Shell-topman Rein Willems 'Hier werk je veilig of je werkt hier niet' (Sneller Beter). In dit rapport wordt vermeld dat jaarlijks 1.500 tot 6.000 mensen overlijden aan gevolgen van incidenten die voorkomen hadden kunnen worden (Heeswijk, E. van, e.a., 2007). Van de ongeveer 76.000 patiënten die in 2004 te maken kregen met onbedoelde schade was in iets minder dan 40% van de gevallen de schade te voorkomen geweest (Horn, L., 2007). De belangrijkste aanbeveling in het rapport van dhr. Willems was: *"alle ziekenhuizen werken in 2008 met een gecertificeerd veiligheidsmanagement systeem"* (Heeswijk, E. van., e.a., 2007).

Naar aanleiding van deze aanbeveling hebben in november 2005 de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medisch Specialisten (Orde) en het Landelijke Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) het initiatief genomen om in samenwerking met negen ziekenhuizen intensief te werken aan de ontwikkeling van het landelijke veiligheidsmanagement systeem (www.vmszorg.nl).

Basiseisen

De basisvoorwaarden voor een veiligheidsmanagement systeem zijn met ondersteuning van het NEN (Nederlands Normalisatie-instituut) opgesteld. Deze basiseisen zijn vastgelegd in de NTA (Nederlandse Technische Afspraak) 8009:2007 *'Veiligheidsmanagement systeem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen'* (VMS Zorg). Zij vormen de basiselementen van het VMS en dienen als hulpmiddel

om het VMS vorm te kunnen geven in aanvulling op wettelijke kaders en landelijk vastgestelde beroepsrichtlijnen (www.nen.nl).

De basiselementen van een VMS:

Beleid en strategie:

Het formuleren van beleid en strategie op (patiënt)veiligheid is een belangrijk onderdeel van een goed werkend veiligheidsmanagement. Om de startpositie te bepalen kan een ziekenhuis de 'zelfevaluatie VMS' uitvoeren. Met deze bevindingen kan het ziekenhuis haar huidige beleid en strategie aanpassen en een veiligheidsplan opstellen waarin concrete doelstellingen over patiëntveiligheid zijn opgenomen (www.vmszorg.nl).

Cultuur:

Het bouwen aan veilige zorg vraagt om een open en proactieve cultuur op afdelingsniveau. Het creëren van een 'veilige' cultuur is een belangrijk basiselement. Het veranderen van gedrag en het stimuleren van professionals om anders naar het eigen werk te kijken, zijn aspecten die aandacht vragen bij het werken aan veiligheid (www.vmszorg.nl).

Veilig Incidenten Melden (VIM):

Het melden van incidenten vormt een belangrijk basiselement van het veiligheidsmanagement systeem. Het doel hiervan is om inzicht te krijgen in het functioneren van het zorgproces. Het is belangrijk om zoveel mogelijk te leren van incidenten door deze zorgvuldig te analyseren. (www.vmszorg.nl). Uit onderzoek blijkt dat in ziekenhuizen een cultuur heerst waar verpleegkundigen bang zijn fouten te melden (Willems, R., e.a., 2004).

In januari 2007 werd door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) een rapport 'Veilig Incident Melden' gepresenteerd. Hierin wordt vermeld wat het kader is voor VIM en welke waarden de instelling moet bekijken bij het implementeren van meldingssystemen (Buijse, R., 2007). Een voorwaarde van een VIM is dat niet de vergissing van een persoon centraal staat, maar de condities waaronder mensen werken en de wijze waarop de zorg is georganiseerd (Kersten, J., 2008).

Prospectieve risico inventarisatie:

Bij het inventariseren en analyseren van risico's (prospectieve risico-inventarisatie) worden risicovolle processen in een multidisciplinair team geanalyseerd. Door het nemen van preventieve maatregelen kunnen risico's worden beheerst (www.vmszorg.nl).

Continu verbeteren:

De zorg wordt steeds complexer en steeds meer mensen met inhoudelijke kennis dragen bij aan het patiëntenproces. Om dit goed te laten verlopen is het belangrijk om processen goed te organiseren en te willen blijven verbeteren (www.vmszorg.nl).

Patiëntenparticipatie:

Hierbij gaat het om het actief betrekken van patiënten bij het uitvoeren van patiënt veiligheidsbeleid (www.vmszorg.nl).

Per 1 januari 2008 is het verplicht voor ziekenhuizen om een gecertificeerd veiligheidsmanagement systeem te hebben voor patiënten en medewerkers.

Tien landelijke veiligheidsthema's

In Nederlandse ziekenhuizen gebeuren nog te veel ongelukken. Om vermijdbare, onbedoelde schade in ziekenhuizen met 50% te reduceren, zijn tien actuele veiligheidsthema's vastgesteld. Voor elk van deze thema's is of wordt nog een specifieke doelstelling bepaald. Bij elk thema wordt een team opgesteld bestaande uit deskundigen op het gebied van het betreffende thema, een expertteam. De expertteams stellen per thema interventies die worden uitgegeven in de vorm van praktijkgidsen. Verder ontvangt een deelnemend ziekenhuis begeleiding bij de aanpak van de thema's. De tien veiligheidsthema's zijn:

1. Voorkomen van ziekenhuisinfecties na een operatie.
2. Voorkomen van schade bij patiënten door sepsis.
3. Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt.
4. Voorkomen van medicatiegerelateerde fouten.
5. Voorkomen van onbedoelde vermijdbare schade.
6. Voorkomen van sterfte ten gevolge van een acuut myocard infarct (AMI).
7. Voorkomen van onnodig pijn lijden van patiënten.
8. Voorkomen van incidenten bij het bereiden en toedienen van high-risk medicatie.
9. Voorkomen van verwisseling van en bij patiënten.
10. Voorkomen van nierinsufficiëntie bij gebruik van contrastmiddelen en medicatie.

In bijlage 3 staat de uitleg van deze veiligheidsthema's. De eerste vier thema's zullen centraal staan van januari 2008 tot en met juni 2009. Hierna worden in anderhalf jaar de drie thema's opgepakt die dan het meest urgent zijn en in de laatste anderhalf jaar komen de drie overblijvende thema's aan de orde. (Heeswijk, E. van, e.a., 2007, www.vms.nl)

3.1.4.3 Prestatie-indicatoren (IGZ)

De prestatie-indicatoren zijn afkomstig van de IGZ. De IGZ houdt toezicht op de Openbare Gezondheidszorg (OGZ) (www.rivm.nl).

In samenwerking met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van UMC's (NFU), en de Orde van Medisch Specialisten (Orde) ontwikkelt de IGZ een set prestatie-indicatoren, de basisset (www.igz.nl).

Wat is een prestatie-indicator?

Een indicator meet kwantitatief de aan- of afwezigheid van een gewenste situatie. Prestatie-indicatoren signaleren wat er bereikt is (Eliens, A., e.a., 2006). De indicatoren zijn ontwikkeld om in één oogopslag een beeld te geven van de activiteiten en prestaties van ziekenhuizen. Op deze manier wordt de kwaliteit van zorg in een ziekenhuis inzichtelijk gemaakt (www.ziekenhuistransparant.nl).

De basisset bestaat uit twee delen met indicatoren. Deze zijn onder te verdelen in de zorginhoudelijke indicatoren die de Inspectie ontwikkelt, deze zijn verplicht, en de bedrijfsmatige indicatoren van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), deze zijn niet verplicht. In de basisset van 2009 is het laatste deel niet meer aanwezig in verband met dubbele informatie (www.igz.nl).

De meting

De basisset wordt jaarlijks aan de ziekenhuizen voorgelegd in de vorm van vragenlijsten. De uitslagen hiervan zijn bruikbaar voor toezicht door de Inspectie. De eindresultaten worden gepubliceerd op de website van de IGZ. Op basis van de Wet Openbaarheid van Bestuur (WOB) zijn de resultaten volledig openbaar (www.igz.nl).

Het meten van de kwaliteit van zorg met behulp van prestatie-indicatoren is een vast onderdeel geworden van de huidige kwaliteitszorg. De basisset maakt deel uit van het wettelijk verplichte jaarverslag (www.igz.nl).

De prestatie-indicatoren:

- | | |
|--|---|
| 1. Decubitus | 11. Intensive care |
| 2. Ondervoeding | 12. Zwangerschap |
| 3. Medicatieveiligheid | 13. Diabetes Mellitus |
| 4. Zorg-ICT | 14. Cardiologie |
| 5. Ziekenhuisinfecties | 15. Cerebrovasculair Accident (CVA) |
| 6. Complicatieregistratie | 16. Heupfractuur |
| 7. Pijn na operatie | 17. Mammacarcinoom |
| 8. Volume van risicovolle interventies | 18. Cataract |
| 9. Colorectale operaties | 19. Kinderchirurgie |
| 10. Afgezegde operaties | 20. Evalueren van het functioneren van medisch specialisten |

Zie bijlage 4 voor de uitleg van de prestatie-indicatoren van de IGZ (www.igz.nl).

3.1.4.4 Landelijk Prevalentie Zorgproblemen (LPZ)

De Landelijke Prevalentie Zorgproblemen (LPZ) is een jaarlijks terugkerende prevalentietmeting van zorgproblemen binnen de Nederlandse gezondheidszorg. In 1998 is de meting begonnen met het zorgprobleem decubitus. In de loop der jaren zijn er meer zorgproblemen bijgekomen in de meting. De volgende zorgproblemen worden op dit moment gemeten: decubitus, incontinentie, ondervoeding, smetten en vallen/fixatie (www.lpz-um.nl, Kersten, J., 2008).

Deelname aan de meting

Alle gezondheidszorginstellingen kunnen deelnemen aan de prevalentietmeting. Zij worden ieder jaar schriftelijk uitgenodigd door de LPZ. De meting vindt plaats op één dag. Een instelling ontvangt alle nodige vragenlijsten die na invoering direct omgezet wordt in tabellen met resultaten (www.lpz-um.nl). Door deelname aan deze meting krijgt de instelling op een eenvoudige manier inzicht in het voorkomen en behandelen van zorgproblemen (Kersten, J., 2008). Dit kan de instelling en beleidsmakers stimuleren maatregelen te treffen. Door de prevalentietmeting van de LPZ krijgt een instelling ook de gegevens die nodig zijn om de prestatie-indicatoren (zie 3.1.4.3) in te vullen (www.lpz-um.nl).

De zorgproblemen

Decubitus

Decubitus geeft ongemak en pijn bij patiënten, en leidt tot grote kosten voor de gezondheidszorg. De prevalentie van decubitus zegt iets over de kwaliteit van zorg: waar die onder druk staat, neemt decubitus toe.

Incontinentie

Incontinentie is een omvangrijk gezondheidsprobleem dat vaak leidt tot een aanzienlijke afname in de kwaliteit van leven (Kersten, J., 2008). In 2004 is de LPZ gestart met het meten van de prevalentie van incontinentie. Het is van groot belang dat aandacht besteedt wordt aan de preventie en behandeling van incontinentie (www.lpz-um.nl).

Smetten

Smetten is een ontsteking van de huidplooien ontstaan door huid-op-huid contact. Het gevolg is dat de huid zijn natuurlijke afweer verliest waardoor een bacteriële of schimmelinfectie kan ontstaan (www.lpz-um.nl). Smetten is een typisch probleem dat verpleegkundigen en verzorgenden tijdig kunnen onderkennen en behandelen. Dit omdat zij de huid dagelijks kunnen bekijken bij de wasbeurt. Het dagelijks wassen en goed droogdeppen is een belangrijke maatregel om smetten te voorkomen. Uit de metingen van de LPZ blijkt dat aandacht voor dit zorgprobleem daadwerkelijk tot verbetering heeft geleid (Kersten, J., 2008).

Ondervoeding

Ondervoede patiënten hebben een langere opnameduur dan niet ondervoede patiënten en zelfs meer kans op vroegtijdig overlijden (www.lpz-um.nl). Daarom zijn vroege herkenning en behandeling van ondervoeding erg belangrijk (Kersten, J., 2008).

Vallen

Vallen is vooral een probleem bij de oudere cliënt (Kersten, J., 2008, www.lpz-um.nl). Het aantal valincidenten bij 65-plussers bedraagt in Nederland meer dan 1 miljoen per jaar. Vallen is de belangrijkste oorzaak van overlijden door een ongeval bij ouderen boven de 65 jaar (www.lpz-um.nl).

Fixatie

Fixatie is een vrijheidsbeperkende interventie, vaak aangeduid als beschermende maatregel (Kersten, J., 2008). Uit verschillende onderzoeken blijkt dat langdurige fixatie leidt tot lichamelijke achteruitgang, ongemak en complicaties zoals valgerelateerde letsels en mortaliteit. Daarnaast vormen dergelijke maatregelen een inbreuk op de autonomie van de patiënt. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat door voorlichting het gebruik van fixerende maatregelen sterk af kan nemen, zonder dat dit nadelige gevolgen heeft (www.lpz-um.nl).

3.1.4.5 Patiënt Tevredenheid Onderzoek (PTO)

PTO kan de tevredenheid van patiënten over de geboden zorg meten. Een instelling kan met de resultaten hiervan de zorg beter afstemmen op de wensen van patiënten (www.nvz-ziekenhuizen.nl). PTO kan individueel per instelling uitgevoerd worden. Ook kan een instelling gebruik maken van gestandaardiseerde vragenlijsten. Door gebruik te maken van deze vragenlijsten is het mogelijk de uitkomsten te vergelijken met andere ziekenhuizen.

Consumer Quality Index (CQ-Index)

In 2006 is de CQ-Index geïntroduceerd als een gestandaardiseerde systematiek voor het meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg. De methode is gebaseerd op de Quote vragenlijsten (NIVEL) en de Amerikaanse CAHPS-systematiek (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems). Een Quote vragenlijst bestaat uit twee delen. In deel één geven patiënten aan welke aspecten zij belangrijk vinden met betrekking tot de zorg die zij krijgen en in het andere deel welke ervaringen zij met die kwaliteitsaspecten hebben. CAHPS is een gestandaardiseerde methode voor het meten van ervaringen van patiënten/consumenten met de zorg en met hun zorgverzekeraar. Deze Quote vragenlijsten en CAHPS-systematiek zijn samengevoegd en dat heet nu CQ-index (www.centrumklantervaringzorg.nl, www.cqindex.nl, www.nivel.nl). De beschikbare informatie uit de CQ-index wordt ingezet om consumenten te informeren over de kwaliteit van de gezondheidszorg en de verschillende aanbieders. Hiervoor kan de consument de website

KiesBeter.nl raadplegen. De informatie is ook bruikbaar voor beroepsbeoefenaren en instellingen die de kwaliteit van zorg willen verbeteren en voor zorgverzekeraars die de beste kwaliteit willen inkopen (www.kiesbeter.nl, www.cqindex.nl).

Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen

In 2006 is de Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen (NVZ) gestart met PTO online. Hierbij wordt een onafhankelijk, efficiënt en doelmatig onderzoek aangeboden. Sinds 2007 werkt de NVZ samen met Prismant (Prismant innoveert informatievoorzieningen voor ziekenhuizen) bij het uitvoeren van PTO (www.nursing.nl). Met dit NVZ abonnement kunnen ziekenhuizen onbeperkt vragenlijsten opzetten, uitzetten, respons ontvangen en de resultaten analyseren. Het uitvoeren van PTO met behulp van de NVZ-vragenlijsten is extra aantrekkelijk als meetinstrument omdat er ook andere vragenlijsten aan gekoppeld kunnen worden, bijvoorbeeld de CQ-Index (www.nvz-ziekenhuizen.nl).

3.1.4.6 Kwaliteitssystemen in het St. Antonius Ziekenhuis

Na navraag gedaan te hebben bij drie kwaliteitsmedewerkers in het St. Antonius Ziekenhuis is onderstaande conclusie getrokken.

NIAZ wordt in zijn geheel gebruikt.

VMS wordt in zijn geheel gebruikt op patiëntenparticipatie na.

Prestatie Indicatoren IGZ wordt in zijn geheel gebruikt.

LPZ worden decubitus en ondervoeding mee gemeten.

PTO wordt gebruik van gemaakt met behulp van de NVZ vragenlijsten.

Naast de genoemde kwaliteitssystemen worden ziekenhuisbreed de volgende systemen gebruikt:

Klinisch Chemisch Laboratorium (CCKL)

Medische Microbiologie en Immunologie (CCKL)

Civiele Dienst (ISO)

Techniek Bouw Ruimtebeheer (ISO)

Techniek Bouw Ruimtebeheer (TNO-keur voor medische ruimten)

Dialyse (HKZ)

Pathologie (CCKL)

Haccp: faciliteiten en services

Samenvatting

In Nederland zijn verschillende kwaliteitssystemen te onderscheiden. NIAZ is gebaseerd op de Kwaliteitsnorm Zorginstellingen. VMS heeft als doel het terugdringen van onbedoelde, vermijdbare schade. Binnen VMS zijn zes basiselementen en tien landelijke veiligheidsthema's te onderscheiden. Sinds 2008 is VMS voor elke instelling verplicht. Daarnaast zijn er verplichte prestatie-indicatoren van de IGZ. De LPZ richt zich op zorgproblemen met behulp van prevalentie-metingen. Als laatste wordt patiënttevredenheidsonderzoek (PTO) beschreven.

Tevens wordt sinds kort gebruik gemaakt van Zichtbare Zorg, deze wordt hier niet verder uitgewerkt, gezien er hier nog aan gewerkt wordt.

3.1.5 Verpleegsensitief

3.1.5.1 Definitie verpleegsensitief

In 2004 is 'verpleegsensitief' door de American Nurses Association als volgt gedefiniëerd: *"Measures and indicators that reflect the impact of nursing actions and outcomes"* (www.nursingworld.org). In het Nederlands wordt dit *"verleende zorg en zijn uitkomsten die beïnvloed worden door verpleegkundige zorg"*. Verpleegsensitieve data geven dus de structuur, processen en resultaten weer van de verpleegkundige zorg (www.nursingworld.org).

3.1.5.2 Verpleegkundige zorg

De verpleegkundige levert een bijdrage aan verplegen. De omschrijving hiervan is: *"de verpleegkundige ondersteunt en beïnvloedt beroepsmatig de vermogens van de zorgvrager bij feitelijke en potentiële reacties op gezondheids- en daaraan gerelateerde bestaansproblemen en op behandeling of therapie om het evenwicht tussen draagkracht en draaglast te herstellen"* (Leistra, E., e.a., 1999). Verplegen verwijst naar hoe de verpleegkundige haar taak uitvoert en welke taken zij uitvoert.

De verpleegkundige heeft zes taakgebieden waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen zorgvragergebonden taken en voorwaardenscheppende taken. De zorgvragergebonden taken bestaan uit het vaststellen, plannen, uitvoeren en evalueren van de benodigde zorg. De voorwaarden-scheppende taken zijn verdeeld in professioneel en organisatiegebonden taken (Hunink, G.H., 2000). Er zal alleen ingegaan worden op de zorgvragergebonden taak: 'het uitvoeren van zorg'. 'Het uitvoeren van zorg' door een verpleegkundige bestaat uit een aantal taken die hieronder beschreven worden.

Het uitvoeren van zorg

- *Observeren en signaleren*: observeren, analyseren en interpreteren van de behoefte van de zorgvrager. Ook het signaleren van gezondheidsbedreigende factoren valt hieronder. Een aantal voorbeelden zijn ongewenst gewichtsverlies, uitdroging, pijn en achteruitgang.
- *Verzorgen*: deze basiszorg omvat de persoonlijke verzorging, zoals zorg voor opname van voeding en vocht.
- *Begeleiden*: het vergroten van de onafhankelijkheid en de zelfcontrole van de zorgvrager en het streven naar een groei en ontplooiing van de zorgvrager, bijvoorbeeld op het gebied van ADL-activiteiten en medicatieverstrekking.

- *Verpleegtechnisch handelen*: het uitvoeren van voorbehouden handelingen en andere handelingen die niet voorbehouden zijn, maar wel risicovol.
- *Informeren en adviseren*: het bevorderen van kennis en inzicht van de zorgvrager, bijvoorbeeld op het gebied van medicatiegebruik, zelfzorg en veilig gebruik van hulpmiddelen.
- *Preventie en voorlichting geven*: bij preventie gaat het om het signaleren en voorkomen, in een zo vroeg mogelijk stadium aanpakken van gezondheids- en/of daaraan gerelateerde bestaansproblemen zoals decubituspreventie. Voorlichting wordt gegeven over specifieke onderwerpen om problemen te voorkomen en goede leefgewoonten te bevorderen.
- *Coördineren*: het op elkaar afstemmen van de zorg rondom de zorgvrager. Dit kan bijvoorbeeld door het opstellen van een zorgplan, heldere dossiervoering en de arts in consult vragen indien nodig (Eliens, A., e.a., 2006, Leistra, E., e.a., 1999).

3.1.5.3 National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI)

De American Nurses Association (ANA) heeft een database samengesteld met verpleegsensitieve kwaliteitsindicatoren (ANA, 1994). Met deze database zijn verbanden aangetoond tussen het verpleegkundig personeel en patiëntenuitkomsten. Veel van de NDNQI normen zijn erkend door het National Quality Forum (NQF) en zijn deel van de NQF Nursing Sensitive Measure Set (www.nursingquality.org).

De NDNQI heeft de volgende definitie vastgesteld: *“An outcome indicator is deemed to be nursing sensitive if there is a correlation or multivariate association between some aspect of the nursing workforce or a nursing process and the outcome”* (Montalvo, I., 2007). In het Nederlands: *“Een ‘outcome’ indicator wordt beschouwd als verpleegsensitief als er een verband bestaat tussen bepaalde aspecten van het verpleegkundig personeel of een verpleegkundig proces en het resultaat.”*

NDNQI gegevens zijn betrouwbaar en valide en kunnen gebruikt worden om de verpleegkundige zorg te evalueren, de patiëntenuitkomsten en de relatie tussen patiëntenuitkomsten en het niveau van het verpleegkundig personeel te verbeteren. De NDNQI maakt gebruik van Evidence Based informatie (Montalvo, I., 2007). (Zie bijlage 5, NDNQI indicatoren).

3.1.5.4 Verpleegsensitieve kwaliteitsindicatoren

Om in aanmerking te komen voor het Magnet Recognition Program, is een instelling verplicht bepaalde data te verzamelen. Deze data komen overeen met de door ANA vastgestelde verpleegsensitieve kwaliteitsindicatoren in de NDNQI (American Nurses Credentialing Center, 2005). (Bijlage 5, verplichte indicatoren.) Tien indicatoren zijn verplicht gesteld. De overige twee indicatoren mogen gekozen worden uit aanvullende lijsten met indicatoren (zie bijlage 5, extra indicatoren). Zo verzamelt een instelling minimaal twaalf indicatoren (American Nurses Credentialing Center, 2005).

Elke unit van een instelling verzamelt zo veel mogelijk gegevens van de standaardindicatoren plus twee van de indicatoren die optioneel zijn. Uitzondering hierop geldt voor langverblijfsafdelingen, deze hebben extra aanvullende lijsten (zie bijlage 5, langezorgafdelingen) (American Nurses Credentialing Center, 2005).

3.1.5.5 Implementatie

Voordat een verpleegsensitieve kwaliteitsindicator geïmplementeerd kan worden, moet eerst een uitgebreid proces doorlopen worden. De stappen van dit proces bestaan onder andere uit een breed literatuuronderzoek en een evaluatie met een inhoudsdeskundige. Met behulp van verschillende evaluaties wordt vervolgens een pilot opgezet, uitgebreid getest en geëvalueerd. Uiteindelijk zal na dit proces weergegeven worden of een indicator daadwerkelijk verpleegsensitief is. Ten slotte kan de indicator ingevoerd worden (Montalvo, I., 2007).

Samenvatting

Verpleegsensitieve data geven de structuur, processen en uitkomsten weer van de verpleegkundige zorg. Een 'outcome' indicator wordt gezien als verpleegsensitief als er een relatie bestaat tussen bepaalde aspecten van de verpleegkundige zorg of het verpleegkundige proces en de uitkomsten hiervan. Door het Amerikaanse Magnet Recognition Program is een lijst opgesteld met verpleegsensitieve data die een ziekenhuis moet verzamelen. Het gevolg is dat de patiëntenresultaten beter worden.

3.1.5.6 Voordelen

Patiëntenresultaten worden beter op het moment dat de kwaliteit van de verpleegkundige zorg omhoog gaat. Voorbeelden hiervan zijn decubitus en het aantal valincidenten. Sommige data zijn echter niet beïnvloedbaar door verpleegkundigen, zoals hartfalen. Deze worden dan ook niet gezien als verpleegsensitief (www.nursingworld.org). Er zijn ook enkele indicatoren waarbij de rol van de verpleegkundige minder duidelijk is, zoals bij shock. Verpleegkundigen zijn altijd bij de patiënt aanwezig en zij zorgen voor passende interventies bij veranderende situaties (Needleman, J., e.a., 2001).

Identificatie van belangrijke verbanden tussen structuren en processen en de waargenomen verpleegkundige resultaten kunnen helpen 'outcomes' te verbeteren. Een recente studie van Needleman (2006) heeft aangetoond dat het verhogen van het aantal gediplomeerde verpleegkundigen kostenbesparend is. Zo wordt het aantal complicaties minder en zal het aantal opnamedagen per patiënt omlaag gaan (Dunton, N., e.a., 2007).

De structuur van de verpleegkundige zorg is geïndiceerd door de verpleegkundigen die er werken, het vaardigheidsniveau van de verpleegkundigen en het onderwijs of de certificering van de verpleegkundigen. De vastgestelde indicatoren meten aspecten van de verpleegkundige zorg, zoals de beoordeling, interventie en werktevredenheid van verpleegkundigen (www.nursingworld.org).

Veel onderzoek is gericht op negatieve patiëntenuitkomsten. Een simpele verklaring hiervoor is dat negatieve uitkomsten het beste worden gedocumenteerd. Het is echter wel belangrijk om op te merken dat negatieve

resultaten niet alleen het gevolg zijn van verpleegkundige onbekwaamheid of onverschilligheid, maar dat het nauw samenhangt met problemen binnen de organisatie (Needleman, J., e.a., 2001).

3.2 Interview

Een deel van het onderzoek bestaat uit interviews met de kwaliteitscoördinatoren Els Punt en Wim van den Bosch. Daarnaast zijn bij Saskia Hanamaaijer, marktinformatie medewerker bij Faciliteiten en Informatie, dezelfde vragen afgenomen via de e-mail (antwoorden zijn mondeling toegelicht en bijgesteld). Per kwaliteitsgegeven is gevraagd of het gegeven tot een uitkomstindicator behoort. Daarnaast is gevraagd welk van de gegevens volgens de kwaliteitsmedewerkers verpleegsensitief zijn.

Het St. Antonius Ziekenhuis is NIAZ geaccrediteerd. Aangegeven wordt dat NIAZ vooral een bestuurlijke- en managementindeling is waarmee je op de werkvloer niet zo veel kunt. De eerste vier punten vallen vooral onder structuur, het vijfde uitgangspunt betreft een proces en bij de laatste vier gaat het om uitkomstindicatoren. Met name 'waardering door klanten en patiënten' wordt als een verpleegsensitieve kwaliteitsuitkomst gezien.

De zes basiselementen van VMS worden niet gezien als verpleegsensitieve uitkomstindicatoren. Het gaat bij deze basiselementen om de structuur en het proces. Met het basiselement 'patiëntenparticipatie' wordt weinig gedaan in het St. Antonius Ziekenhuis. De tien landelijke thema's van VMS worden als uitkomstindicatoren gezien. Van de tien veiligheidsthema's worden alleen het voorkomen van medicatiegerelateerde fouten en voorkomen van nierinsufficiëntie bij gebruik van contrastmiddelen en medicatie als niet verpleegsensitief gezien.

De volgende drie prestatie-indicatoren (IGZ) worden beschouwd als verpleegsensitieve kwaliteitsuitkomsten: decubitus, ondervoeding en pijn na een operatie. Bij een aantal indicatoren gaat het duidelijk niet om een uitkomstindicator, zoals Zorg-ICT. Tevens blijkt dat de verpleegkundige op diverse uitkomstindicatoren geen invloed heeft, bijvoorbeeld cardiologie. Bij een enkele indicator waren de meningen verdeeld over verpleegsensitiviteit, zoals de indicator ziekenhuisinfecties.

Door de LPZ worden de zorgproblemen decubitus en ondervoeding in het St. Antonius Ziekenhuis gemeten. Deze zorgproblemen zijn al bij de prestatie-indicatoren van de IGZ ter sprake gekomen. In het St. Antonius Ziekenhuis worden de NVZ-vragenlijsten gebruikt voor het meten van patiënttevredenheid. Dit patiënttevredenheidsonderzoek wordt als een verpleegsensitieve kwaliteitsindicator gezien omdat de bejegening door de verpleegkundigen van invloed is op de tevredenheid van de patiënt.

De geïnterviewden gaven aan dat het verschil tussen structuur, proces en uitkomst niet altijd te onderscheiden is. Bij alle indicatoren is zowel de structuur, het proces als de uitkomst belangrijk. Bij sommige indicatoren was

het voor de kwaliteitsmedewerkers niet duidelijk wat er precies gemeten wordt. Na uitleg over de inhoud van de indicatoren zijn antwoorden soms bijgesteld. Dit heeft niet tot veranderde uitkomsten geleid binnen dit onderzoek.

3.3 Resultaten ‘Verpleegsensitieve dataset’

Voor dit onderzoek zijn diverse stappen doorlopen om uitspraak te kunnen doen over de kwaliteitsuitkomsten waarvan verwacht wordt dat deze verpleegsensitief zijn. Uit alle kwaliteitsgegevens (zie kader) zijn allereerst de uitkomsten geselecteerd omdat het onderzoek alleen gericht is op de kwaliteitsuitkomsten. Vervolgens zijn alle kwaliteitsuitkomsten verdeeld in verpleegsensitief en niet verpleegsensitief. Ten slotte zijn de taken van de verpleegkundige benoemd bij de betreffende kwaliteitsuitkomst en staat weergegeven door wie en hoe vaak deze gegevens verzameld worden.

NIAZ: negen onderdelen. Zie paragraaf 3.2.4.1

VMS: zes basiseisen en tien landelijke veiligheidsthema's. Zie paragraaf 3.2.4.2

IGZ: twintig prestatie-indicatoren. Zie paragraaf 3.2.4.3

LPZ: zes zorgproblemen. Zie paragraaf 3.2.4.4

PTO: patiënttevredenheidsonderzoek. Zie paragraaf 3.2.4.5

3.3.1 Structuur-, proces- en uitkomstindicatoren

Het afstudeeronderzoek is gericht op de kwaliteitsgegevens waarbij het gaat om uitkomsten. De kwaliteitsgegevens die een structuur- of procesindicator zijn, vallen buiten het onderzoek.

Structuur: structuuraspecten zijn gericht op organisatie en toerusting. Hieronder valt onder andere personeelsbezetting, financiële bronnen, beschikbaarheid van hulpmiddelen en omgevingsfactoren. De centrale vraag is: wat is nodig om het doel te bereiken?

Proces: bij het proces gaat het om hoe de zorg verleend wordt. Procesaspecten betreffen het handelen van de zorg- of hulpverlener. De centrale vraag hierbij is: wat moet gedaan worden om het doel te bereiken?

Uitkomst: uitkomstaspecten zijn het resultaat van de zorg- of hulpverlening. Het belangrijkste uitkomstaspect in de zorgsector is de gezondheid en het welzijn van de zorgontvanger. Voorbeelden hiervan zijn vermindering van decubitus of ziekenhuisgerelateerde infecties. Ook tevreden zorgontvangers en kostenbesparingen zijn uitkomsten. Als het gaat om uitkomsten is de centrale vraag: wat wil ik exact gebruiken (Hollands, L., e.a., 2003, Brug, Y. van der, e.a., 2005, Dijk, F.E. van e.a., 2008)?

De indeling in structuur-, proces- en uitkomstkenmerken kan helpen om voor kwaliteitsevaluatie de activiteiten duidelijk op een rij te zetten. De structuur leidt tot een proces van hulpverlening en het proces leidt tot een resultaat. In de praktijk is het soms moeilijk om structuur en proces te onderscheiden of proces en resultaat.

Ook is de relatie tussen structuur, proces en uitkomst niet als oorzaak/gevolgrelatie te beschouwen. Het bereikte resultaat is vaak afhankelijk van meer factoren dan alleen het proces van zorg (Hunink, G. H., 2000). Allereerst is daarom bepaald bij welke van de kwaliteitsgegevens het gaat om de structuur of het proces. Aan de hand van literatuur en de afgenomen interviews zijn deze geselecteerd. Voor de volledige uitwerking van de selectie zie bijlage 6.

Structuur/proces

Hieronder staat per kwaliteitssysteem weergegeven bij welke gegevens het niet gaat om een kwaliteitsuitkomst:

NIAZ: Leiderschap, strategie en beleid, management van medewerkers, management van middelen, management van zorgprocessen, waardering door medewerkers.

VMS (6 basiselementen): Beleid en strategie, cultuur, veilig incident melden, prospectieve risicoinventarisatie, continu verbeteren, patiëntenparticipatie.

IGZ: Medicatieveiligheid, ziekenhuisinfecties, complicatieregistratie, volume risicovolle interventies, afgezegde operaties, intensive care, diabetes mellitus, cerebro vasculair accident, heupfractuur, cataract, evalueren medisch specialisten.

3.3.2 Selectie van verpleegsensitieve en niet verpleegsensitieve kwaliteitsgegevens

In paragraaf 3.2.5 wordt een aantal definities van ‘verpleegsensitief’ genoemd. Voor beantwoording van de vraag of een indicator volgens de definitie verpleegsensitief is worden de volgende definities gebruikt.

Definitie 1: *“Measures and indicators that reflect the impact of nursing actions and outcomes”* (ANA, 2004).

In het Nederlands: Verleende zorg en zijn uitkomsten die beïnvloed worden door verpleegkundige zorg.

Definitie 2: *“An outcome indicator is deemed to be nursing sensitive if there is a correlation or multivariate association between some aspect of the nursing workforce or a nursing process and the outcome”* (Montalvo, I., 2007).

In het Nederlands: Een ‘outcome’ indicator wordt beschouwd als verpleegsensitief als er een verband bestaat tussen bepaalde aspecten van het verpleegkundig personeel of een verpleegkundig proces en het resultaat.

Alle kwaliteitsgegevens waarbij het gaat om een uitkomst zijn onderverdeeld in verpleegsensitief en niet verpleegsensitief. Deze verdeling is gemaakt op basis van de interviews en literatuurstudie. In paragraaf 3.2.5.2 worden de uitvoerende taken van de verpleegkundige beschreven. Het is essentieel om te benoemen

welke taken verpleegkundigen uitvoeren bij de desbetreffende patiëntenuitkomst. Zo kan onderbouwd worden of de patiëntenuitkomsten beïnvloedbaar zijn door de verpleegkundigen en of dit daadwerkelijk hun taakgebied is. De volgende taken worden in de hierboven genoemde paragraaf benoemd: observeren en signaleren, verzorgen, begeleiden, verpleegtechnisch handelen, informeren en adviseren, preventie en voorlichting geven en coördineren (Eliens, A., e.a., 2006, Leistra, E., e.a., 1999).

3.3.2.1 Verpleegsensitieve kwaliteitsgegevens

De verpleegsensitieve kwaliteitsuitkomsten zijn hieronder per kwaliteitssysteem weergegeven:

NIAZ: Waardering door klanten en patiënten

VMS (tien veiligheidsthema's): Voorkomen van ziekenhuisinfecties na een operatie, voorkomen van schade door sepsis, vroege herkenning en behandeling vitaal bedreigde patiënt, voorkomen onbedoelde schade oudere patiënt, voorkomen sterfte ten gevolge van een acuut myocardi infarct, voorkomen van onnodig lijden van pijn, voorkomen incidenten bij bereiden en toedienen high risk medicatie, voorkomen verwisseling van en bij patiënten

IGZ: Decubitus, ondervoeding, pijn na operatie

LPZ: Ondervoeding

PTO: NVZ vragenlijsten

3.3.2.2 Niet-verpleegsensitieve kwaliteitsgegevens

De volgende kwaliteitsgegevens zijn niet verpleegsensitief:

NIAZ: Waardering door maatschappij, eindresultaten en transparantie

VMS (tien veiligheidsthema's): Voorkomen medicatiegerelateerde fouten, voorkomen nierinsufficiëntie bij gebruik contrastmiddelen en medicatie

IGZ: Colorectale operaties, zwangerschap, mammacarcinoom, kinderchirurgie, cardiologie

3.3.3 Verpleegsensitieve kwaliteitsgegevens

De verpleegsensitieve dataset is nu gevormd. In onderstaande tabellen worden de resultaten van de afgelopen drie jaar weergegeven. In 2008 is het St. Antonius Ziekenhuis (AZN) gefuseerd met het Mesos Medisch Centrum. Door deze fusie zijn de resultaten van 2008 afwijkend ten opzichte van voorgaande jaren. De weergegeven resultaten bij het meten van de pijnscore in 2008 betreft alleen een steekproef in het AZN. Onder iedere tabel worden belangrijke opmerkingen vermeld. Voor vragen over de prestatie-indicatoren kan contact opgenomen worden met Saskia Hanemaaijer, kwaliteitsmedewerker in het St. Antonius Ziekenhuis. Een uitzondering is VMS hiervoor is de contactpersoon Wim van den Bosch. Alle genoemde indicatoren worden één keer per jaar inzichtelijk gemaakt.

Melding Incidenten Patiëntenzorg

VMS algemeen

Jaartal	Gemelde incidenten	Geleid tot maatregelen	Locatie
2006	1306	77%	AZN
2007	1295	66%	AZN
2008	2059	60%	AZN-Mesos

Klachten

NIAZ, waardering door klanten en patiënten en PTO/ vragenlijst NVZ.

Jaartal	Ingediende klachten	Geground verklaard	Geleid tot maatregelen	Niet binnengekomen klachten*	Locatie
2006	17	41%	57%	373	AZN
2007	20	30%	50%	382	AZN
2008	44	29%	50%	659	AZN-Mesos

* Niet binnengekomen via de klachtencommissie

Patiënttevredenheidsmetingen

NIAZ, waardering door klanten en patiënten en PTO/ vragenlijst NVZ.

Jaartal	Gemiddeld cijfer klinische patiënt*	Gemiddeld cijfer poliklinische patiënt*	Locatie
2006	4,2	4,3	AZN
2007	4,3	4,3	AZN
2008	4,2	4,2	AZN-Mesos

* Cijfer is op een schaal van 1 tot en met 5.

Decubitus

IGZ prestatie-indicator en zorgprobleem LPZ

Jaartal	Patiënten met decubitus*	Aantal onderzochte patiënten	Aantal opgenomen patiënten	Procentueel onderzochte patiënten	Procentueel voorkomen decubitus**	Locatie
2006	19	341	591	57,7%	5,57%	AZN
2007	19	381	451	84,48%	4,99%	AZN
2008	25	513	551	93,10%	4,87%	AZN-Mesos

* Patiënten met decubitus graad 2 tot 4

** Procentueel voorkomen van decubitus bij de onderzochte patiënten.

Exclusief patiënten die bij opname in het ziekenhuis al verschijnselen van decubitus hadden.

Exclusief patiënten in dagbehandeling en op de short stay afdelingen.

Decubitus bij patiënten met een totale heupvervang

IGZ prestatie-indicator en zorgprobleem LPZ

Jaartal	Nieuwe gevallen van decubitus*	Aantal opgenomen patiënten**	Procentueel voorkomen nieuwe gevallen decubitus	Locatie
2006	0	193	0%	AZN
2007	0	68	0%	AZN
2008	1	201	0,50%	ANZ-Mesos

* Aantal nieuwe gevallen van decubitus graad 2 tot 4

** Aantal opgenomen patiënten voor een totale heupvervang

Ondervoeding

IGZ prestatie-indicator en zorgprobleem LPZ

Jaartal	Aantal opgenomen patiënten	Gescreend op ondervoeding bij opname	Geclassificeerd als 'matig ondervoed'	Geclassificeerd als 'ernstig ondervoed'	Locatie
2007	3701	1394	74	130	AZN
2008	37914	4431	532	581	AZN-Mesos

In het jaar 2006 werd deze prestatie-indicator niet gemeten.

In het jaar 2007 werd op slechts enkele afdelingen gescreend op ondervoeding. In het jaar 2008 betrof dit nagenoeg alle afdelingen.

Vervolg ondervoeding

IGZ prestatie-indicator en zorgprobleem LPZ

Jaartal	Procentueel aantal gescreende patiënten	Procentueel aantal geclassificeerd als 'matig ondervoed'	Procentueel aantal geclassificeerd als 'ernstig ondervoed'
2007	37,76%	5,31%	9,33%
2008	11,69%	12,01%	13,11%

In het jaar 2006 werd deze prestatie-indicator niet gemeten. In het jaar 2007 werd op slechts enkele afdelingen gescreend op ondervoeding. In het jaar 2008 betrof dit nagenoeg alle afdelingen.

Pijn na een operatie

IGZ prestatie-indicator

Jaartal	Operatiepatiënten bij wie pijnmeting op de verkoever is uitgevoerd	Aantal operatiepatiënten op de verkoever	Operatiepatiënten bij wie pijnmeting op de verpleegafdelingen is uitgevoerd	Aantal operatiepatiënten op de verpleegafdelingen	Locatie
2006	13673	13673	13673	13673	AZN
2007	5692	5692	5692	5692	AZN
2008	6627	6627	6627	6627	AZN

Het betreft het aantal patiënten bij wie een gestandaardiseerde pijnmeting is uitgevoerd en geregistreerd.

In 2006 was dit exclusief patiënten in dagopname

In 2007 was dit exclusief patiënten in dagopname en exclusief kinderen jonger dan 7 jaar.

In 2008 was dit exclusief patiënten in dagopname en exclusief kinderen jonger dan 7 jaar.

Aantal patiënten met op enig moment een pijnscore van boven de 7 binnen 72 uur na een operatie

IGZ prestatie-indicator

Jaartal	Aantal patiënten met een pijnscore van boven de 7	Aantal patiënten bij wie systematisch de pijnscore is gemeten	Procentueel aantal patiënten met een pijnscore van boven de 7	Locatie
2007	2	5692	0,04%	AZN
2008	12	6627	0,18%	AZN

In 2006 werd het aantal patiënten met een pijnscore van 4 of lager binnen 72 uur na de operatie gemeten.

Exclusief patiënten in dagopname en exclusief kinderen jonger dan 7 jaar.

4 Conclusies en discussie

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zijn de conclusies beschreven aan de hand van de vooraf opgestelde hoofd- en deelvragen. Tijdens het verrichte onderzoek hebben diverse factoren de resultaten beïnvloed, deze worden in de discussie benoemd, evenals de gemaakte keuzes.

De doelstelling van het onderzoek was: de verpleegsensitieve data die bijdragen aan het tot stand komen van het Magneet Plus programma in Nederland zijn op 19 juni 2009 in kaart gebracht aan de hand van de kwaliteitsgegevens in het St. Antonius Ziekenhuis.

4.2 Conclusie

4.2.1 Antwoord op de deelvragen

1. Wat is een 'Magnet Hospital'?

Een 'Magnet Hospital' is een instelling die verpleegkundigen aantrekt en behoudt. Naar aanleiding van positieve resultaten is door de American Academy of Nursing onderzoek gedaan naar wat verpleegkundigen stimuleert om in een instelling te blijven werken. Uit dit onderzoek zijn de zogenoemde 'Magnet Forces' opgesteld. Een instelling dient een uitgebreid accreditatieproces te doorlopen, voordat het gecertificeerd kan worden als 'Magnet Hospital'. Een 'Magnet Hospital' levert positieve resultaten op voor de instelling, verpleegkundigen en patiënten.

2. Hoe ziet het Nederlandse concept er op dit moment uit?

Het Nederlandse Magneet Plus programma wordt weergegeven in de vorm van een driehoek en is gericht op de uitkomsten van de instelling, verpleegkundige en de patiënt. In tegenstelling tot Amerika wordt een Nederlandse instelling niet beoordeeld op de beantwoording en implementatie van de 'Magnet Forces', maar op de meetbaarheid van de effecten op de patiëntenzorg. Dit betreft de bovengenoemde uitkomsten. Nagegaan moet worden welke indicatoren in Nederland beschikbaar zijn, om normen vast te stellen. Op dit moment worden voor de drie 'uitkomsten' normen opgesteld.

3. *Welke kwaliteitssystemen voor Nederlandse Ziekenhuizen bestaan er en welke gegevens brengen deze in kaart?*

In Nederland wordt onder andere gebruik gemaakt van het NIAZ, met als doel het verbeteren van de organisatie rondom de kwaliteit van zorg door middel van accreditatie. Tevens wordt sinds 2008 gebruik gemaakt van het Veiligheidsmanagement Systeem (VMS). Dit is gericht op het voorkomen van vermijdbare onbedoelde schade. VMS maakt gebruik van zes basiselementen om het systeem te implementeren in het ziekenhuis en tien landelijke veiligheidsthema's. Iedere instelling is verplicht verantwoording af te leggen over de zorg aan de IGZ, door middel van de landelijke prestatie-indicatoren. Met behulp van de indicatoren worden de prestaties binnen een ziekenhuis inzichtelijk gemaakt. Jaarlijks moeten instellingen vragenlijsten invullen, die de IGZ gebruikt voor het publiceren van de gegevens. Een ziekenhuis kan gebruik maken van de Landelijke Prevalentie Zorgproblemen (LPZ) die jaarlijks een zestal zorgproblemen meet. De meting vindt plaats op één dag, waarna de instelling gemakkelijk inzicht krijgt in het voorkomen en behandelen van zorgproblemen. Instellingen zijn niet verplicht hieraan deel te nemen. Verder zijn er nog specifieke systemen per afdeling te benoemen, zoals Coördinatie Commissie ter bevordering van de Kwaliteitsbeheersing op het gebied van Laboratoriumonderzoek in de Gezondheidszorg (CCKL) voor de laboratoria (www.nvkc.nl).

4. *Welke kwaliteitsgegevens worden verzameld in het St. Antonius Ziekenhuis en op welke wijze worden deze verkregen?*

In het St. Antonius Ziekenhuis worden verschillende kwaliteitsgegevens verzameld. Het ziekenhuis is NIAZ geaccrediteerd, maakt gebruik van VMS en verantwoordt zich bij de IGZ door middel van de prestatie-indicatoren. Tevens meet het ziekenhuis decubitus en ondervoeding door middel van de LPZ. Het ziekenhuis meet de patiënttevredenheid met behulp van de NVZ. Deze worden geregistreerd met behulp van de verschillende eerder genoemde systemen.

5. *Wat zijn verpleegsensitieve kwaliteitsgegevens en waarop worden deze gebaseerd?*

Verpleegsensitieve kwaliteitsgegevens zijn uitkomsten die beïnvloed kunnen worden door verpleegkundigen. Deze kwaliteitsgegevens worden ook in het 'Magnet' programma in Amerika toegepast. Het kan omschreven worden als 'alles waar een verpleegkundige tijdens de zorgverlening invloed op heeft of uit kan oefenen'. In Amerika wordt een uitgebreid proces doorlopen om aan te kunnen geven of een kwaliteitsgegeven al dan niet verpleegsensitief is. In dit onderzoek zijn diverse stappen doorlopen om na te gaan of een kwaliteitsgegeven verpleegsensitief is. Allereerst zijn de kwaliteitsgegevens ingedeeld op uitkomst of structuur/proces. Bij de geselecteerde uitkomstgegevens is nagegaan of deze verpleegsensitief zijn aan de hand van de definitie, interviews, literatuur en taken van de verpleegkundige. Op basis van de genoemde stappen is de dataset samengesteld.

6. *Welke van de kwaliteitsgegevens die het St. Antonius Ziekenhuis verzamelt, zijn verpleegsensitief?*

Na uitgebreid literatuuronderzoek en diverse interviews wordt verondersteld dat de volgende kwaliteitsgegevens verpleegsensitief zijn.

NIAZ: waardering door klanten en patiënten.

VMS, tien thema's: Voorkomen van ziekenhuisinfecties na een operatie, voorkomen van schade door sepsis, vroege herkenning en behandeling vitaal bedreigde patiënt, voorkomen onbedoelde schade oudere patiënt, voorkomen sterfte ten gevolge van een acuut myocard infarct, voorkomen van onnodig lijden van pijn, voorkomen incidenten bij bereiden en toedienen high risk medicatie, voorkomen verwisseling van en bij patiënten.

IGZ: Decubitus, ondervoeding, pijn na operatie.

LPZ: Decubitus, ondervoeding.

PTO: NVZ.

7. *Wat zijn de verpleegsensitieve kwaliteitsuitkomsten van de afgelopen drie jaar in het St. Antonius Ziekenhuis?*

De verpleegsensitieve kwaliteitsuitkomsten van de afgelopen drie jaar zijn uitgezocht/nagegaan en staan weergegeven in paragraaf 3.3.3.

4.2.2 Beantwoording vraagstelling

Wat is in de literatuur bekend over verpleegsensitieve data en welke van deze data binnen het St. Antonius Ziekenhuis dragen bij aan de ontwikkeling van het meetinstrument voor 'patient outcomes' bij het tot stand komen van het Magneet Plus programma in Nederland?

Een onderdeel van het 'Magnet Recognition Program' in Amerika is het verzamelen van verpleegsensitieve kwaliteitsindicatoren. Een verpleegsensitieve kwaliteitsindicator verandert zodra de verpleegkundige haar werk aanpast. Deze indicatoren zijn specifiek opgesteld voor het programma, waaraan een uitgebreid proces voorafgegaan is. De data die geselecteerd zijn als verpleegsensitief binnen het St. Antonius Ziekenhuis worden in deelvraag zes beantwoord.

4.3 Discussie

Door middel van dit onderzoek is inzicht verkregen in verpleegsensitieve gegevens. De verpleegsensitieve dataset is gevormd aan de hand van de definitie, interviews, literatuur en taken van de verpleegkundige. De selectie is gemaakt uit kwaliteitsindicatoren waar in het St. Antonius Ziekenhuis mee gewerkt wordt. In deze

paragraaf volgen een aantal discussiepunten die gedurende het uitvoeren van dit onderzoek naar voren zijn gekomen.

Verpleegsensitief

Op basis van uitgebreide literatuurstudie en interviews is vastgelegd welke van de beschikbare indicatoren verpleegsensitief zijn. In Amerika gaat een uitgebreid proces vooraf aan het selecteren van de verpleegsensitieve kwaliteitsindicatoren. De vastgestelde indicatoren binnen dit onderzoek zijn gebaseerd op literatuur en interviews. De geïnterviewden gaven uiteenlopende antwoorden. Deze factoren maakten het moeilijk om de verpleegsensitieve indicatoren te selecteren. Voor het daadwerkelijk vaststellen van de dataset dient alsnog een uitgebreid proces doorlopen te worden. Hiervoor moet vastgesteld worden of de veronderstelde verpleegsensitieve data wordt beïnvloed door de verpleegkundige zorg. De vastgestelde data kan door middel van een pilot en evaluatie worden vastgesteld.

Literatuurstudie

Vanwege de geringe beschikbaarheid van Nederlandse literatuur over het onderwerp is gebruik gemaakt van diverse websites. Dit kan de betrouwbaarheid van het onderzoek verminderen. Er is echter wel gebruik gemaakt van originele websites van de verschillende kwaliteitssystemen, wat de betrouwbaarheid minder aantast.

Methode

Binnen dit onderzoek is gekozen voor individuele interviews met kwaliteitsmedewerkers. Gekozen is voor kwaliteitsmedewerkers boven verpleegkundigen, omdat het een verkennend onderzoek is. Door de grote onbekendheid van het onderwerp onder verpleegkundigen zou een interview teveel beïnvloed worden door uitleg. Achteraf kan geconcludeerd worden dat de inbreng van de verpleegkundige beroepsgroep waardevol geweest zou zijn. Verpleegkundigen staan het dichtst bij de patiënt en weten op welke kwaliteitsuitkomsten hun handelen van invloed is. Daardoor kunnen zij uit eigen ervaring beoordelen welke kwaliteitsgegevens verpleegsensitief zijn.

Tevens is één van de interviews via email afgenomen. Eén van de kwaliteitsmedewerkers was niet in de gelegenheid om de vragen te beantwoorden. Hierdoor is een stuk uitleg over de genomen keuzes van de geïnterviewde gemist.

Generalisatie

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het St. Antonius Ziekenhuis. De gevormde dataset is gebaseerd op kwaliteitsgegevens waarvan het St. Antonius Ziekenhuis gebruik maakt. Om deze reden zou de dataset

voor toepassing in andere instellingen incompleet kunnen zijn. Ook voor het Magneet Plus programma zal deze dataset niet alles omvattend zijn.

5 Aanbevelingen

Na afloop van het verrichte onderzoek zijn er aanbevelingen geformuleerd. Deze worden hieronder benoemd en waar nodig uitgelegd.

Vaststelling van de verpleegsensitieve data

Om vast te stellen of een kwaliteitsindicator verpleegsensitief is dient eerst een uitgebreid proces doorlopen te worden. Uit literatuurstudie blijkt dat dit proces in Amerika onder andere bestaat uit breed literatuuronderzoek en een evaluatie met een inhoudsdeskundige. Met behulp van verschillende evaluaties wordt vervolgens een pilot opgezet, getest en geëvalueerd. Uiteindelijk zal na dit proces vastgesteld worden of een indicator daadwerkelijk verpleegsensitief is. Aan te bevelen is om na te gaan hoe in Nederlandse ziekenhuizen zorgvuldig geselecteerd kan worden op verpleegsensitiviteit. Het Amerikaanse stappenplan kan als voorbeeld genomen worden voor het creëren voor een Nederlandse pilot.

Metten van kwaliteitsgegevens via LPZ

Uit de resultaten komt naar voren dat in het St. Antonius Ziekenhuis alleen decubitus en ondervoeding door de LPZ gemeten worden. Het is een aanbeveling om de andere zorgproblemen; smetten, incontinentie, en vallen/ fixatie ook met behulp van LPZ te meten. Dit levert voordelen op voor het St. Antonius Ziekenhuis. Het ziekenhuis krijgt hiermee op een eenvoudige manier inzicht in het voorkomen en behandelen van genoemde zorgproblemen. Tevens kan het ziekenhuis de uitkomsten vergelijken met andere ziekenhuizen.

Transparant maken van verpleegsensitieve kwaliteitsgegevens

Wanneer de verpleegsensitieve dataset vastgesteld is kunnen de resultaten transparant gemaakt worden voor zowel patiënten als verpleegkundigen. Op dit moment worden de gegevens één maal per jaar weergegeven. Het is aan te bevelen om frequenter de gegevens transparant te maken. Door deze methode kan tijdig ingegrepen worden als de verpleegkundige zorg verandert. Met als gevolg dat verpleegkundigen weten welke zorggebieden aandacht verdienen en ook meteen resultaat zien als de zorg veranderd. Tevens is door transparante kwaliteitsgegevens voor patiënten zichtbaar hoe de kwaliteit van zorg in het ziekenhuis is. In Amerika worden de gegevens transparant gemaakt, door op een bord de uitkomsten met behulp van grafieken weer te geven. Aan te bevelen is om bijvoorbeeld ook deze manier te hanteren, om zo in één oogopslag veranderingen te kunnen zien.

Generalisatie

Omdat de gevormde dataset gebaseerd is op kwaliteitsgegevens die het St. Antonius Ziekenhuis verzameld, kan de gevormde dataset incompleet zijn voor toepassing binnen andere instellingen. Voor gebruik van de dataset binnen het Magneet Plus programma is aan te bevelen dat landelijk een complete verpleegsensitieve dataset wordt samengesteld. Voor het samenstellen van deze dataset dienen verschillende stappen doorlopen te worden. De eerste stap bestaat uit het selecteren van bruikbare indicatoren binnen alle Nederlandse zorginstellingen. Vervolgens zal evaluatie plaatsvinden (zie aanbeveling 1). Tenslotte kan de verpleegsensitieve dataset opgenomen worden binnen het Magneet Plus programma waardoor iedere gezondheidszorginstelling gebruik kan maken van de dataset.

Literatuurlijst

Boeken:

1. American Nurses Credentialing Center, *Magnet Recognition Program, Recognizing Excellence in Nursing Services, Application Manual*, 2005
2. Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de, Teunissen, J., *Basisboek Kwalitatief onderzoek*, tweede druk, 2005 Wolters Noordhoff, pp. 80-82
3. Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de, *Basisboek methoden en technieken, Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek*, vierde herziene druk, 2006, Wolters Noordhoff, pp. 232, 250
4. Dassen, Th.W.N., Keuning, F.M., *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties*, 2005, HB uitgevers Baarn, pp. 38-39
5. Dijk, F.E. van, Peet, R.A.M. van der, *Op weg naar excellente zorg*, 2008, V&VN
6. Gómez-Mejía, L.R., Balkin, D.B., Cardy, R.L., *Personeelsmanagement*, vijfde druk, 2008, Pearson Prentice Hall
7. Hollands, L., Hendriks, L., Ariëns, H., Verheggen, F., *Elementen van kwaliteitszorg*, Uitgeverij LEMMA BV Utrecht, 2005, vierde druk, pp. 67-68
8. Hunink, G.H., Bijl, J.J., van der, Cusveller, B.S., Leenaarts-Gunnewijk, E., Linge, van, R.H., Swieten-Duijfjes, van, E., *Kwaliteit en deskundigheid in de verpleegkundige beroepsuitoefening*, eerste druk, Thieme Meulenhof Utrecht/Zutphen, 2000, pp. 27+130
9. Leistra, E., Liefhebber, S., Geomini, M., Hens, H., *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*, eerste druk, Elsevier gezondheidszorg Maarssen, 1999, pp. 11-12, 21, 26-28
10. Raeve, P. de, *Het verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek praktisch bekeken*, 1998, Kluwer
11. Schoot, T., *De verpleegkundige als ontwerper*, Utrecht/Zutphen, 2006, pp. 146-147
12. Verbeek, G., *Het spel van kwaliteit en zorg*, vijfde druk, eerste en tweede oplage, Elsevier Gezondheidszorg, 2004/2006, p. 83
13. Verhoeven, N., *Wat is onderzoek?*, tweede herziene druk, 2007, Boom Onderwijs
14. Wersch, S., van, e.a., *Kwaliteitsmodellen in de zorgsector*, 1999, Uitgeverij SWP Utrecht
15. Wijk, J. van, *Succesvol Afstuderen, praktijkgericht onderzoek in het hbo*, eerste druk, 2007, Wolters Noordhoff
16. Zielhuis, G.A., *Handleiding medisch-wetenschappelijk onderzoek*, derde herziene druk, 2002, Elsevier Gezondheidszorg

Artikelen:

1. Bles, W. van der, 'In een magneetziekenhuis wil iedereen wel werken', *Trouw*, 30 oktober 2008
2. Bodin, S., 'Wanted: Nursing- sensitive Indicators in Nephrology settings', *Nephrology Nursing Journal*, juli/augustus 2007, vol. 34, pp. 371-372
3. Brug, Y., van der, Bakel, M. van, Schmeddes, R., 'Van meten naar verbeteren', *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr. 12 2005, pp. 28-35
4. Buijse, R., 'Beleidsdocument Veilig Melden, Veilig melden: van theorie naar praktijk', *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, nr. 4 2007, pp. 27-29
5. Dunton, N., Gajewski, B., Klaus, S., Pierson, B., 'The Relationship of Nursing Workforce Characteristics to Patient Outcomes', *ANA Periodicals, OJIN, Table of Contents*, vol.12, 2007, nr. 3 sept 2007, www.nursingworld.org, geraadpleegd op 16 April 2009, zoekwoord: nursing sensitive outcomes
6. Eliens, A., Willemse, M., Bolle, F., 'Verpleegkundige prestatie-indicatoren, onmisbaar voor curatieve zorg', *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, nr. 6 2006, p. 31
7. Enzlin, M., 'Voeding hoort ook bij verplegen', *Verpleegkunde nieuws*, nr. 4 2001, pp. 12-13
8. Hageman, A., 'Voorkomen van lijnsepsis bij een centraalveneuze katheter : zes maatregelen tegen sepsis', *Nursing*, nr. 4 2009, pp. 34-35
9. Heeswijk, E. van., Kersten, J., 'Verbeteren van de patiëntveiligheid', *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* nr. 11/12 2007, pp. 42-44
10. Herfs, I., 'Ziekenhuizen werken hard aan patiëntveiligheid: het kan altijd beter', *V&VN magazine*, nr. 2 april 2009, jaargang 4, pp. 21-22
11. Horn, L., 'Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004, Patiëntveiligheid in Nederlandse ziekenhuizen', *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr. 7/8 2007, pp. 16-21
12. Kapelle, L., 'Trombolyse voor het herseninfarct, de praktische gang van zaken', *Hart bulletin*, nr. 6 2006, pp. 146-150
13. Kersten, J., 'LPZ 2007: Betere resultaten decubitus en ondervoeding', *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, nr. 2 2008, pp. 41-43
14. Kersten, J., 'LPZ 2008: Academische ziekenhuizen scoren slecht op decubitus', *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr. 11/12 2008, pp.54-55
15. Kersten, J., 'Werken aan VMS vergt grote investering', *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr. 7/8 2008, pp. 54-55
16. Kobes-Gerbrandy, E., 'Als eten tegenstaat', *Verpleegkunde nieuws*, nr. 9 2001, pp. 24-25
17. Kwaliteitswet 1996, artikel 2

18. Lambooi, L., 'Postoperatieve pijn, verpleegkundige verantwoordelijkheid', *Verpleegkunde nieuws*, nr. 4 2003, pp. 20-41
19. Loon, J. van, 'Structurele aanpak van decubitus: de verpleegkundige als spil in decubituszorg', *Nursing*, juli/augustus 2005, pp. 16-17
20. McClure, M.L., Poulin, M., Sovie, M., Wandelt, M., 'Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses', 1983, *American Academy of Nursing Task Force on Nursing Practice in Hospitals*. Kansas City, MO: American Nurses Association
21. Montalvo, I., 'The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI)', *ANA Periodicals, OJIN, Table of contents*, vol.12 2007, nr. 3 sept 2007, www.nursingworld.org, geraadpleegd op 16 april 2009, zoekwoord: nursing sensitive
22. Nap, E., 'Een grotere professionele verantwoordelijkheid, Verpleegkundigen en Veiligheidsmanagement', *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr. 6 2007, pp 29-31
23. Nap, E., 'Verpleegafdelingen en veiligheidsmanagement', *Nederlands tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 2007, pp. 18-20
24. Needleman, J., Buerhaus, P.I., Mattke, S., Stewart, M., Zelevinsky, K., 'Nurse staffing and patient outcomes in hospitals', 28 februari 2001, [ftp://ftp.hrsa.gov](http://ftp.hrsa.gov), zoekwoord: nursing sensitive geraadpleegd op 16 april 2009
25. Peet, R. van der, 'Magneetinstellingen: iets voor Nederland? Project van V&VN en NPCF', *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr. 1 2008, pp. 17-20
26. Pinkerton, S., 'The Magnet View, Pursuing ANCC Magnet Recognition as a System or Individual Organization', *Nursing Economics*, nr. 5 2008, pp. 323-324
27. Raatgever, M., 'Patiënten tevreden over nurse practitioner', *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, nr. 9 2002, pp. 52-55
28. Redactie EBP, *Nederlands tijdschrift voor Evidence Based Practice*, nr. 5 2007, pp. 3-4
29. Stouten, L., Frederix, M., Vrijhoef, B., Merode, F., Spreeuwenbert, C., 'Patiënten tevreden over diabetesverpleegkundige', *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, nr. 6 2003, pp. 45-51
30. Verstraeten, M., 'Het voorkomen van postoperatieve wondinfecties', *Bijzijn*, nr. 1 2009, pp. 24-25
31. Vries, A. de, 'Veiligheid: wat is een VMS?', *Bijzijn*, nummer 1 2007, p. 30
32. Wit, R. de, 'Meer dan pillen geven', *Verpleegkunde nieuws*, januari 2000, pp. 16-19

Websites:

1. www.ahrq.gov, geraadpleegd op 16 April 2009, zoekwoord: quality indicators
2. www.azm.nl, geraadpleegd op 12 maart 2009, zoekwoorden: eerste ziekenhuis NIAZ accreditatie
3. www.centrumklantervaringzorg, geraadpleegd op 20 februari 2009, zoekwoorden: CQ-index
4. www.cq-index.nl, geraadpleegd op 20 februari 2009, zoekwoorden: CQ-index
5. www.hulpguids.nl, geraadpleegd op 3 april 2009, zoekwoorden: kwaliteitswet zorginstellingen
6. www.igz.nl, geraadpleegd op 9 april 2009, zoekwoorden: taken IGZ
7. Intranet Antonius, geraadpleegd op 31 maart 2009
8. www.kiesbeter.nl, geraadpleegd op 9 april 2009, zoekwoorden: transparantie ziekenhuis
9. www.knmg.artsennet.nl, geraadpleegd op 9 april 2009, zoekwoorden: knmg
10. www.lpz-um.nl, geraadpleegd op 23 februari 2009 (Russel 2001; Humphreys et al., 2002; Correia, Waitzberg, 2003), zoekwoorden: Landelijke Prevalentie Zorgproblemen
11. www.medicatieoverdracht.nl, geraadpleegd op 15 mei 2009, zoekwoorden: medicatieoverdracht
12. www.nen.nl, geraadpleegd op 30 maart 2009, zoekwoorden: ISO, NTA 8009:2007
13. www.niaz.nl, 26-06-08, geraadpleegd op 12 maart 2009, zoekwoorden: NIAZ accreditatie
14. www.nivel.nl, geraadpleegd op 20 februari 2009, zoekwoorden: CQ-index
15. www.nursing.nl, 19 april 2007, redactie nursing, geraadpleegd op 06-03-09, zoekwoorden: Prismant NVZ
16. www.nursecredentialing.org, American Nurses Credentialing Center, geraadpleegd op 20 februari 2009, zoekwoorden: five forces, magnet hospital, magnet recognition program
17. www.nursingquality.org, geraadpleegd op: 21 april 2009: zoekwoord: NursingQuality Indicators
18. www.nursingworld.org, geraadpleegd op 16 april 2009, zoekwoord: nursing sensitive
19. www.nvz-ziekenhuizen.nl, NVZ Nieuws 10 maart 2007, geraadpleegd op 10 maart 2009, zoekwoorden: patiënttevredenheid NVZ
20. www.patiëntveiligheid.org, geraadpleegd op 30 maart 2009, zoekwoord: patiëntveiligheid
21. www.qualityform.org, geraadpleegd op: 21 april 2009, zoekwoord: Nursing Care Performance Measures
22. www.rivm.nl, geraadpleegd op 23 februari 2009, zoekwoorden: basisset prestatie indicatoren
23. www.robvanderpeet.nl, geraadpleegd op 23 februari 2009, zoekwoorden: definitie kwaliteitszorg
24. www.vandale.nl, geraadpleegd op: 11 maart 2009
25. www.venvn.nl, geraadpleegd op 19 mei, zoekwoorden: magneetprogramma
26. www.vmszorg.nl, geraadpleegd op 30 maart 2009, zoekwoorden: veiligheidsmanagementsysteem, tien thema's,

27. www.ziekenhuistransparant.nl, geraadpleegd op 2 maart 2009, zoekwoorden: prestatie indicatoren

Overig:

1. Legemaate, J., Christiaans-Dingelhoff, I., Doppegieter, R.M.S., de Roode, R.P. *Beleidsdocument Het melden van incidenten in de gezondheidszorg*, KNMG: Utrecht, 2006
2. Stout- Leemhuis, J.M., Vierhout, P.A.M., Le Grand van den Boogaard, M.J.M., *Brochure Werk veilig met VMS zorg!, het landelijk systeem voor patiëntveiligheid in ziekenhuizen*, VMS zorg, geraadpleegd op 31 maart 2009
3. Wagner, C., Smits, M., Wagtendonk van, I., Zwaan, L., Lubberding, S., Merten, H., Timmermans, D.R.M., *Rapport Oorzaken van incidenten en onbedoelde schade in ziekenhuizen, Een systematische analyse met PRISMA op afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH), chirurgie en interne geneeskunde*, EMGO instituut en NIVEL, 2008
4. Willems, R., *Hier werk je veilig, of hier werk je niet, Sneller Beter, De veiligheid in de zorg*, Shell Nederland, november 2004
5. Krens, C. *Afbeelding voorpagina*

Bijlagen

Bijlage 1: Veertien pijlers Magnet Hospital

Kwaliteit van verpleegkundig leiderschap

Bekwame, sterke en risiconemende leidinggevende verpleegkundigen volgen een goed geformuleerde strategie.

Organisatiestructuur

De organisatiestructuur is veelal plat (*Een platte organisatie kent weinig managementniveau's en heeft gedecentraliseerd management*) (Gómez- Meija, L., 2008) en beslissingen worden op afdelingsniveau genomen. Verpleegkundigen zijn aanwezig bij overleggen binnen de organisatie. Bovendien maken leidinggevendenden deel uit van de directie.

Managementstijl

Participatie en feedback geven wordt aangemoedigd onder alle personeelsleden. De leidinggevende verpleegkundigen zijn zichtbaar, toegankelijk en verplicht tot een effectieve manier van communiceren met het personeel.

Persoonlijk beleid en programma's

Salaris en bonussen zijn goed en concurrerend. Er worden doorgroeimogelijkheden geboden en er is een goede balans tussen werk en privé.

Professionele zorgmodellen

Op basis van zorgmodellen zijn verpleegkundigen niet alleen verantwoordelijk voor de zorgverlening en coördinatie, maar ze zijn ook aanspreekbaar op hun handelen.

Kwaliteit van zorg

Iedereen wordt gedreven door de wens een hoge kwaliteit van zorg te leveren. Verpleegkundige leiders zijn verantwoordelijk voor de ontwikkeling van de omgeving waarin een hoge kwaliteit van zorg verleend kan worden.

Kwaliteitsverbetering

De organisatie is dusdanig ingericht dat er voortdurend aan kwaliteitsprojecten en processen wordt gewerkt. Verpleegkundigen zijn hier actief bij betrokken.

Consultatie en bronnen

De organisatie biedt voldoende middelen, ondersteuning en mogelijkheden voor inbreng van deskundigen, met name voor verpleegkundig specialisten. Ook is sprake van collegiale toetsing.

Zelfstandigheid

Van verpleegkundigen wordt verwacht dat zij zelfstandig werken in overeenstemming met professionele normen. Zij nemen zelfstandig beslissingen over de interdisciplinaire en multidisciplinaire afspraken rondom de patiëntenzorg.

De samenleving en de zorginstelling

Via verschillende projecten toont de zorginstelling maatschappelijke betrokkenheid. Er zijn allerlei relaties binnen en tussen diverse soorten gezondheidszorg- en maatschappelijke organisaties.

Verpleegkundigen als opleiders

Professionele verpleegkundigen zijn betrokken bij opleidingsactiviteiten binnen de organisatie. Lesgeven geeft verpleegkundigen professionele voldoening. Voor zowel studenten als verpleegkundigen zijn er voldoende mogelijkheden om opleidingen te volgen.

Het imago van de verpleging

Verpleegkundigen worden gezien als beroepsbeoefenaren die een wezenlijke bijdrage leveren aan de patiëntenzorg. De diensten van verpleegkundigen worden door andere leden van de gezondheidszorg gekenmerkt als essentieel.

Interdisciplinaire relatie

Er is wederzijds respect tussen alle disciplines. Tevens beschikt een instelling over een conflictbeleid dat effectief wordt gebruikt wanneer dit nodig is.

Professionele ontwikkeling

De organisatie legt nadruk op inwerkbegeleiding, opleiding binnen het ziekenhuis, bij- en nascholingen, vervolgopleidingen en loopbaanontwikkeling. Persoonlijke en professionele groei en ontwikkeling worden

gestimuleerd. Bovendien zijn er mogelijkheden en voldoende middelen om de (vak)bekwaamheid op peil te houden (Dijk, F, van e.a., 2008, Peet, R., van der, 2008, American Nurses Credentialing Center).

Bijlage 2: Negen onderdelen van NIAZ

Leiderschap

Bij leiderschap gaat het om de inrichting van de besturing en de organisatie. Er zijn een drietal aspecten van leiderschap: visie ontwikkelen, organiseren en communiceren. Bij het ontwikkelen van beleidsvisie is het van belang dat de zorginstelling niet alleen openstaat voor externe en interne informatie, maar ook voor systematische verzameling en verwerking van deze informatie. Communiceren is daarbij belangrijk. Niet alleen tijdens de ontwikkeling en vaststelling, maar zeker ook bij de uitwerking en implementatie van beleid is het van belang om aandacht te hebben voor interne en externe communicatie.

Strategie en beleid

Centraal staat de vraag of het proces van beleidsontwikkeling zo is dat het beleid een wezenlijke bijdrage levert aan effectiviteit, doelmatigheid, veiligheid en patiëntgerichtheid. Strategisch beleid heeft niet altijd de oorsprong in de beleidsvisie. Dit moet echter wel met elkaar corresponderen. Van belang is dat optimaal gebruik wordt gemaakt van 'best practices' en systematisch informatie wordt verzameld over het functioneren van de eigen organisatie.

“Zorginstellingen hebben ook te maken met wet- en regelgeving die aan verandering onderhevig is.

Toetssteen voor het NIAZ is of de besturing en de organisatie zodanig is ingericht dat de externe regelgeving steeds op adequate wijze in de (zorg)processen kan worden ingebouwd” (www.niaz.nl). Ook moeten zorgprofessionals en andere vakmensen binnen de zorginstelling worden gestimuleerd om de ontwikkelingen binnen het eigen vakgebied te volgen en waar nodig gerichte actie te ondernemen.

Management van medewerkers

Hier wordt de aandacht gericht op het management (= de besturing) van medewerkers en de kwaliteit van de organisatie. De kwaliteit van zorg is sterk verbonden met zowel de kwaliteit van de individuele medewerkers als met de onderlinge samenwerking. De zorginstelling richt zich zowel op de kwaliteit van de organisatorische regelingen rond het management van de medewerkers als op de kwaliteit van de werkomgeving, voor zover deze een relatie hebben met de kwaliteit van zorg. Ook is belangrijk dat medewerkers zodanig worden begeleid dat zij zich gewaardeerd voelen in de zorginstelling. Leidinggevendenden moeten dus oog hebben voor de competenties en de beperkingen van hun medewerkers. Door de voortdurende veranderingen in de zorg betekent het dat professionals in een zorgorganisatie hun kennis en vaardigheden op peil moeten houden om de zorginstelling niet achterop te laten raken.

Management van middelen

Management van middelen richt zich op de ondersteunende processen en voorzieningen die van invloed zijn op de kwaliteit en met name de veiligheid van de zorgprocessen. Elke zorginstelling kent veel verschillende ondersteunende processen. Voorbeelden zijn de voedselvoorziening en het technisch onderhoud en beheer van de apparatuur. *“In het NIAZ normenkader geldt als vertrekpunt dat het bestaan van een actuele instellingsbrede regeling impliceert dat er sprake is van instellingsbeleid”* (www.niaz.nl). Het inkopen van verschillende goederen moet goed georganiseerd zijn, zodat het leidt tot verantwoorde zorg. Het is ook van belang dat bij het inkopen van verschillende goederen dit zodanig is georganiseerd dat het tot verantwoorde zorg leidt.

Management van zorgprocessen

“De aandacht is hierbij gericht op zowel het management van processen in algemene zin als in het bijzonder op de besturing en organisatie van de directe en de indirecte zorgprocessen” (www.niaz.nl).

Waardering door klanten en patiënten

Het is belangrijk dat de zorginstelling de wensen, verwachtingen en ervaringen van patiënten systematisch in kaart brengt en deze kan laten relateren aan de gestelde doelen. *“Van belang is ook dat de zorginstelling over adequate terugkoppelingsmechanismen beschikt, zowel om de beleidsontwikkeling te voeden als om de werkeenheden te voorzien van relevante spiegelinformatie over de (zorg)processen”* (www.niaz.nl).

Waardering door medewerkers

Het is van belang dat een zorginstelling medewerkers weet te behouden. Alleen in onderlinge samenwerking levert de zorgverlening een optimaal resultaat op. Personeelsverloop levert niet alleen een tekort aan personeel op, maar ook specifieke kennis en vaardigheden gaan verloren. Dit kan een bedreiging vormen voor de kwaliteit van zorg.

Waardering door maatschappij

Elke zorginstelling heeft een aantal instanties en organisaties die van invloed zijn op het functioneren van de instelling. Voorbeelden zijn de Inspectie voor Gezondheidszorg, de Arbeidsinspectie, de zorgverzekeraars en de beroepsorganisaties. Deze instanties en organisaties kunnen worden beschouwd als het maatschappelijke decor van de instelling. Het is voor de instelling belangrijk om al deze invloeden en verkregen informatie te beoordelen en te vertalen in een effectief (strategisch) beleid.

Eindresultaten en transparantie

De NIAZ richt zich als laatste ook op de resultaten in relatie tot het verlenen van verantwoorde zorg. De aandacht richt zich vooral op de wijze waarop de prestaties van de kwaliteitsaspecten inzichtelijk worden gemaakt in de instelling. Voor de NIAZ geldt dat de zorginstelling voldoet aan de wettelijke verplichting om jaarlijks informatie aan te leveren op basis van het Jaardocument Zorginstellingen en dat de accountant deze controleert op betrouwbaarheid. NIAZ kijkt vooral of de zorginstelling bij het in kaart brengen van de eindresultaten de doeleinden in het oog houdt (www.niaz.nl).

Bijlage 3: Tien thema's Veiligheidsmanagement systeem

Voorkomen van ziekenhuisinfecties na een operatie

Het doel bij dit thema is een grote vermindering van het aantal postoperatieve wondinfectie (POWI's) in Nederlandse ziekenhuizen. Met behulp van interventies, voortkomend uit beschikbare 'good practices' als het programma Sneller Beter, kan gewerkt worden aan het terugdringen van het aantal POWI'S (www.vmszorg.nl).

Voorkomen van schade bij patiënten door sepsis

Sepsis (bloedvergiftiging) is een veelvoorkomende aandoening in Nederlandse ziekenhuizen waaraan veel patiënten overlijden. Omdat sepsis moeilijk te herkennen is wordt de behandeling vaak (te) laat gestart. Doel: in dit veiligheidsprogramma wordt aangesloten op de 'Surviving Sepsis Campaign'. De doelstelling wordt ook overgenomen: een reductie van de sterfte aan ernstige sepsis van 25% in vijf jaar (www.vmszorg.nl, Heeswijk, E. van, e.a., 2007).

Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt

Om adequaat handelen bij patiënten met vitaal bedreigde functies te verbeteren is de implementatie van het Spoed Interventie Systeem nodig. De definitieve doelstelling van dit thema, gesteld door het expertteam is: "Voor december 2012 is landelijk de implementatie van het Spoed Interventie Systeem gerealiseerd met als uiteindelijk doel reductie van onbedoelde schade" (www.vmszorg.nl (praktijkids 3)).

Voorkomen van medicatiegerelateerde fouten

De aandacht wordt bij dit thema vooral gericht op de medicatieoverdracht tussen verschillende instellingen en afdelingen omdat op dit punt veel fouten worden gemaakt. Het doel luidt: "Bij iedere patiënt vindt bij opname en ontslag medicatieverificatie plaats vanuit de gedachte dat dit leidt tot een optimaal medicatieoverzicht" (www.vmszorg.nl (praktijkids 4)).

Voorkomen van onbedoelde vermijdbare schade bij de oudere patiënt

Oudere patiënten krijgen in het ziekenhuis vaker te maken met vermijdbare schade. De doelstelling bij dit thema richt zich op de reductie van (vermijdbare) complicaties bij oudere patiënten met specifiek aandacht voor: het herkennen en voorkomen van een delier (verwardheid), valpreventie, het voorkomen van mobiliteitsverlies en het voorkomen en verhelpen van ondervoeding (www.patientveiligheid.org).

Voorkomen van sterfte ten gevolge van een acuut myocard infarct (AMI)

Een AMI is een gevaarlijke aandoening die de dood tot gevolg kan hebben. De overlevingskans van een patiënt is afhankelijk van tijdige en juiste diagnose, behandeling en nazorg. Het doel van dit thema is nog niet vastgesteld. Er zal gestreefd worden naar het verminderen van sterfte ten gevolge van een AMI (www.vmszorg.nl).

Voorkomen van onnodig pijn lijden van patiënten

Pijn kan een nadelig effect uitoefenen op het genezingsproces. Door middel van systematische pijnmeting en het inzetten van gerichte interventies kan het onnodig pijn lijden voorkomen worden. De globale doelstelling is patiënten geen onnodige pijn te laten lijden. De exacte doelstelling is nog niet vastgesteld.

Voorkomen van incidenten bij het bereiden en toedienen van high-risk medicatie

In dit thema wordt gewerkt aan het verminderen van het aantal medicatiefouten, bij het toedienen van medicatie waarbij kans op schade bij een verkeerde behandeling het grootst is (high- risk medicatie). De exacte doelstelling moet nog vastgesteld worden door het expertteam.

Voorkomen van verwisseling van en bij patiënten

Onder verwisseling van en bij patiënten vallen alle chirurgische ingrepen bij de verkeerde patiënten, aan een verkeerd lichaamsdeel, de verkeerde kant van het lichaam, op een verkeerd niveau van de goede kant of een verkeerd onderdeel van het lichaam. De doelstelling is het voorkomen van verwisseling van en bij patiënten. De exacte doelstelling is nog niet opgesteld.

Voorkomen van nierinsufficiëntie bij gebruik van contrastmiddelen en medicatie

Een bestaande nierbeschadiging kan leiden tot acute nierinsufficiëntie na toediening van contrastmiddelen. Ook oudere mensen lopen een groot risico op acute nierinsufficiëntie. De doelstelling is het verminderen van het risico op nierinsufficiëntie bij het gebruik van contrastmiddelen en andere medicijnen. Het expertteam zal de exacte doelstelling bepalen.

Bijlage 4: Twintig prestatie-indicatoren Inspectie Gezondheidszorg

Decubitus

Decubitus wordt gezien als een belangrijke indicator van de verpleegkundige zorg. Om het voorkomen van decubitus in kaart te brengen is een registratiesysteem nodig. Kenmerken van de registratie zijn: aanwezigheid van één of meer decubitus consulenten, het houden van regelmatige prevalentietellingen, incidentieregistratie bij één of meer patiëntencategorieën en de aanwezigheid van een commissie of werkgroep die op basis van registraties het beleid aanpast.

Ondervoeding

Het probleem van ondervoeding in ziekenhuizen is al jaren bekend. Een goede voedingsbehandeling houdt in dat de patiënt bij opname in het ziekenhuis wordt gescreend op ondervoeding, dat er indien nodig binnen 48 uur na opname een voedingsbehandelplan ingezet wordt en dat binnen vier dagen de doelstelling wat betreft eiwitinname en energie-inname gehaald wordt. Deze prestatie-indicator meet hoe patiënten systematisch bij opname worden gescreend op ondervoeding en of ondervoede patiënten tijdig en op adequate wijze worden behandeld.

Medicatieveiligheid

Medicatiefouten zijn een groot probleem op het gebied van patiëntveiligheid. Door een goed medicatieveiligheidsbeleid kunnen fouten worden voorkomen. In het kader van deze prestatie-indicator is cytostatica gekozen als risicogeneesmiddel. De bedoeling van deze indicator is om na te gaan of het ziekenhuis werkt met volledig ingevulde aanvraagformulieren.

Zorg-ICT

Adequate zorg kan niet meer zonder een goede ICT ondersteuning. Uit het onderzoek van de Inspectie blijkt dat de afgelopen jaren vooruitgang is geboekt met betrekking tot de ICT. De verschillen tussen ziekenhuizen zijn echter nog groot. Het gaat om de beschikbaarheid van elektronische gegevens en procesondersteunende ICT op de polikliniek en afdeling.

Ziekenhuisinfecties

Ziekenhuisinfecties veroorzaken verhoogde morbiditeit, opnameduur en kosten. Deze infecties kunnen vaak worden voorkomen en kunnen worden verminderd door deze te registreren, te analyseren en de gegevens

terug te koppelen. Dit geeft het ziekenhuis een handvat om het gevoerde preventiebeleid te evalueren en verbeteracties te bepalen.

Complicatieregistratie

Een complicatie kan een 'normaal' risico van zorg zijn, maar kan ook het gevolg zijn van fouten. De complicatieregistratie geeft inzicht in de mate waarin bepaalde complicaties voorkomen en de omstandigheden waaronder deze zich voordoen.

Pijn na een operatie

Pijnbestrijding is belangrijk voor het welbevinden en het genezingsproces van de patiënt. Gestandaardiseerde pijnmetingen geven inzicht in pijnervaringen van patiënten die leiden tot een effectieve pijnbestrijding. Onder deze indicator wordt het percentage pijnmetingen bij klinische operatiepatiënten en het aantal patiënten met een pijnscore boven de zeven in de eerste 72 uur na een operatie berekend.

Volume van risicovolle interventies

Na een risicovolle operatie kunnen ernstige complicaties optreden. Onder deze indicator valt bijvoorbeeld de operatie aan een aneurysma van de abdominale aorta (AAA-operatie). De kans op complicaties is minder als de operatie vaker wordt uitgevoerd. Hierin speelt niet alleen de ervaring van de chirurg, maar van het gehele team een rol.

Colorectale operaties

Een ongeplande heroperatie wordt verricht als een vorige operatie complicaties of niet het verwachte resultaat heeft opgeleverd. Inzicht in het vóórkomen van heroperaties kan leiden tot kwaliteitsverbetering. In deze basisset is het percentage colorectale heroperaties binnen dertig dagen opgenomen (uitgezonderd de appendix).

Afgezegde operaties

Een afgezegde operatie kan leiden tot emotionele problemen en gezondheidsschade voor de patiënt. Bovendien kan het resulteren in onnodige leegstand van de Operatiekamer (OK). Bij deze indicator wordt het percentage afgezegde operaties (binnen 24 uur voor het tijdstip van de operatie) berekend.

Intensive care

Het blijkt dat op een IC-afdeling met continue aanwezigheid van een intensivist de beademings- en opnameduur korter en de kans op overlijden kleiner is. Dit is echter niet op elke IC-afdeling mogelijk of

noodzakelijk. Voor verantwoorde zorgverlening is het van belang dat het niveau van zorg die geboden wordt in overeenstemming is met de ernst en complexiteit van de opgenomen patiënten.

Zwangerschap

De afgelopen twintig jaar nam het percentage keizersneden toe in Nederland. Een keizersnede is een zware buikoperatie die risico's met zich meebrengt. In sommige gebieden komt meer pathologie voor, waardoor er vanzelfsprekend ook meer keizersneden uitgevoerd worden. Er is een schaal ontwikkeld, de VOKS (Verloskunde Onderlinge Kwaliteitsspiegeling), zodat het percentage keizersneden per populatie eerlijk weergegeven wordt.

Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus is een aandoening die ernstige complicaties tot gevolg kan hebben. Deze indicator bestaat uit twee delen. Allereerst wordt gemeten of de bloedsuikerwaarden juist ingesteld worden.

Retinopathie is een complicatie die bij diabetes kan optreden en uiteindelijk tot blindheid leidt. Blindheid kan voorkomen worden door regelmatige screening en tijdige behandeling van afwijkingen. Er wordt uitgegaan van een jaarlijkse screening. Deze indicator meet het percentage diabeten dat een gespecialiseerde oogonderzoek heeft ondergaan.

Cardiologie

Hart- en vaatziekten zijn belangrijke oorzaken van sterfte en invaliditeit. Door de toegenomen medisch-technologische mogelijkheden is het sterftecijfer al gedaald. Dit kan nog verder dalen. Doordat de overlevingskans is toegenomen, is de chronische ziektelast toegenomen. Er zijn vier indicatoren opgenomen in deze basisset. De sterfte in het jaar na het eerste consult op de polikliniek Cardiologie, de sterfte na een acuut myocardinfarct (AMI), de hartfalenpolikliniek en het percentage heropnames na hartfalen.

Cerebrovasculair Accident (CVA)

Een CVA kan zowel door een infarct als door een bloeding veroorzaakt worden. Bij veel CVA-patiënten is sprake van een herseninfarct door verstopping van een bloedvat in de hersenen. Met de invoering van trombolysen (behandeling met stolseloplossende middelen (www.hartstichting.nl)) in de eerste uren na het ontstaan van een herseninfarct is de kans op verbetering van ADL-functies groter. Een goede organisatie van de acute opvang is van invloed op het aantal sterfgevallen aan een CVA. Deze prestatie-indicator meet het percentage patiënten dat binnen een uur na binnenkomst in het ziekenhuis trombolysen-therapie heeft gekregen van alle patiënten die trombolysen-therapie krijgen na een CVA.

Heupfractuur

Deze indicator meet de tijd tussen het moment van opname en het moment van operatie, omdat dit de uitkomst van de behandeling beïnvloedt.

Mammacarcinoom

Voor een effectieve en patiëntgerichte behandeling is de organisatie van de zorg voor patiënten met verdenking op kanker van groot belang. Goede diagnostiek en nauwkeurige bepaling van de uitbreiding van de borstkanker (mammacarcinoom) zijn bepalend voor het resultaat. Als de tumoruitbreiding wordt overschat, zal onnodig veel gezond weefsel worden verwijderd. Als de uitbreiding van de ziekte wordt onderschat, zal de tumor onvolledig verwijderd worden, waardoor heroperaties nodig zijn. De meeste terugval na borstsparende therapie ontstaat door uitgroei van resttumor. Het aantonen van tumorweefsel is belangrijk voor het vinden van een resttumor. Deze indicator heeft een belangrijke relatie met de kwaliteit van zorg.

Cataract

Bij cataract is sprake van een geleidelijke vertroebeling van de lens met als gevolg een daling van de gezichtsscherpte die uiteindelijk tot blindheid kan leiden. Cataract kan verholpen worden door een chirurgische ingreep waarbij de troebele lens wordt vervangen door een kunstlens. Om meer inzicht te krijgen in de uitkomsten en daarmee in de kwaliteit van de cataractchirurgie worden pré-, peri- en postoperatieve gegevens geregistreerd en geanalyseerd. Aan de hand van de resultaten kan de cataractchirurgie geoptimaliseerd worden.

Kinderchirurgie

Ingewikkelde operaties bij kinderen worden alleen in gespecialiseerde ziekenhuizen uitgevoerd. Blindedarmoperaties kunnen in principe in alle ziekenhuizen uitgevoerd worden. De indicator is de postoperatieve opnameduur na een blindedarmoperatie bij kinderen.

Evalueren van het functioneren van medisch specialisten

De kwaliteit van zorg wordt in belangrijke mate bepaald door de kwaliteit van het werk van de medisch specialist. Er bestaan systemen waarmee medisch specialisten hun individueel functioneren kunnen evalueren. Deze indicator meet of deze systemen gebruikt worden door medisch specialisten (www.igz.nl).

Bijlage 5: Verpleegsensitief

NDNQI Indicatoren

NDNQI Indicatoren

- Verpleegkundige uren per dag: hieronder vallen de verschillende in Amerika bestaande verpleegkundigen.
- Valincidenten
- Valincidenten met schade aan de patiënt
 - o Niveau van de schade
- Cyclus in registratie van pijn bij kinderen, interventies en herbeoordeling.
- Perifere intraveneuze infiltratie bij kinderen
- Decubitus registratieschaal: verdeeld onder in het ziekenhuis of thuis verkregen.
- Psychische/fysieke seksuele aanranding/ misbruik
- Prevalentie vrijheidsbeperkende middelen
- Onderwijs/ certificering
- Tevredenheid
- Samenstelling personeel
- Vrijwillige verpleegkundige omzet
- Verpleegkundig tekort
- Ziekenhuisinfecties
 - o Kathetergerelateerde urineweginfecties
 - o Centraalijngerelateerde bloedinfecties
 - o Ventilatiegeassocieerde longontsteking (Montalvo, I, 2007).

Verplichte indicatoren voor elke Magnet instelling

- Handhaving van de integriteit van de huid
 - o Decubitus prevalentie
 - o Voorkoming van decubitus
- Verpleegkundige uren voor patiënt per dag: *Verpleegkundige zorguren: dit zijn de directe uren van verpleegkundige zorg die patiëntgerelateerd zijn, inclusief de uren van verpleegkundige activiteiten die niet direct aan bed plaatsvinden, zoals rapporteren.*

- Tevredenheid van het verpleegkundig personeel
- Patiëntschade
- Tevredenheid van de patiënt in relatie tot
 - o Verpleegkundige zorg
 - o Pijnbeheersing
 - o Patiëntenvoorlichting
 - o Algemene zorg
- Skill mix van geregistreerde verpleegkundigen, gediplomeerde praktische verpleegkundigen/ gecertificeerd beroepsonderwijs voor verpleegkundigen en ander personeel (American Nurses Credentialing Center, 2005).

Extra indicatoren

- Cardiac arrest: *Hartstilstand in dit verband sluit de primaire diagnose van bloedingen en trauma uit.*
- Diep veneuze trombose: *Dit is inclusief pulmonaire embolie, infarct, flebitis en tromboflebitis van de aderen van de onderste extremiteiten. Verloskundige stolsels en embolie zijn uitgesloten.*
- Niet slagen tot redden: *Deze indicator omvat de incidentie van sterfte als gevolg van falen in de hulpverlening bij optreden van sepsis, longontsteking, gastro-intestinale bloeding, shock of hartstilstand, of diep veneuze trombose.*
- Duur van het verblijf: *De tijd die wordt gerapporteerd op het ontslagformulier.*
- Pneumonie
- Sepsis
- Shock
- Bovenste gastro-intestinale bloeding
- Urineweginfecties (American Nurses Credentialing Center, 2005).

Lange zorgafdelingen

- Delier
- Verbetering mobiliteit
- Infecties
- Verlies van het vermogen tot uitvoeren van dagelijkse taken
- Pijn
- Fysieke beperkingen

- Decubituscores

Bijlage 6: Resultaten

Structuur-, proces- en uitkomstindicatoren

Hieronder staat per kwaliteitssysteem weergegeven bij welke gegevens het niet gaat om een kwaliteitsuitkomst:

NIAZ, leiderschap

Leiderschap is gericht op visie, ontwikkelen, organiseren en communiceren. Leiderschap betreft **geen uitkomst**.

NIAZ, strategie en beleid

Strategie en beleid is gericht op de beleidsvisie en uitvoering van de instelling. Het is de taak van de instellingsleiding om evenwicht te bewaren tussen het verbeteren van de prestaties en het beheersen van risico's bij het doorvoeren van veranderingen. Dit betreft **geen uitkomst**.

NIAZ, management van medewerkers

Hierbij is de aandacht gericht op (de kwaliteit van) de organisatorische regelingen rond het management van medewerkers en de kwaliteit van de werkomgeving. Dit betreft **geen uitkomst**.

NIAZ, management van middelen

Management van middelen richt zich met name op processen en voorzieningen die van invloed zijn op de kwaliteit en veiligheid van zorgprocessen. Dit betreft **geen uitkomst**.

NIAZ, management van zorgprocessen

Het proces van beleidsontwikkeling dient zodanig te zijn ingericht dat het een wezenlijke bijdrage levert aan effectiviteit, doelmatigheid, veiligheid en patiëntgerichtheid. Dit betreft **geen uitkomst**.

NIAZ, waardering door medewerkers

Waardering door medewerkers richt zich vooral op de mogelijkheden om meer systematisch zicht te krijgen op waardering door medewerkers (werkklimaat en werkomstandigheden). Het veld is gericht op het systematisch in kaart brengen van de waardering door medewerkers. Dit betreft **geen uitkomst**, indirect zou de tevredenheid van het personeel een uitkomst *kunnen* zijn. Wim van den Bosch: *“In zekere zin een uitkomst, maar niet verpleegsensitief”*.

VMS, zes basiselementen, beleid en strategie

Het gaat hierbij om de strategie van een zorgonderneming. Het is de taak van de instellingsleiding om evenwicht te bewaren tussen het verbeteren van de prestaties en het beheersen van risico's bij het doorvoeren van veranderingen. Het beleidsplan wordt vertaald naar concrete doelstellingen voor afdelingen op het gebied van patiëntveiligheid (Nap, E., 2007). Wim van den Bosch: *“Het staat ver weg bij de patiënt, maar ook bij de verpleegkundige.”* Els Punt: *“Beleid en strategie wordt door de Raad van Bestuur uitgezet.”* Ook Saskia Hanemaaijer geeft aan dat het geen uitkomst is. Kortom, dit betreft **geen uitkomst**.

VMS, zes basiselementen, cultuur

Hierbij gaat het om het creëren van een veiligheidscultuur op afdelingsniveau. Wim van den Bosch: *“Op cultuur kan de verpleegkundige heel duidelijk invloed uitoefenen, het is echter niet in te delen in structuur, proces of uitkomst, het is een eigen dimensie.”* Er bestaat een verband tussen het verpleegkundig proces en het resultaat. Om deze reden is het wel verpleegsensitief. Het is **geen directe patiëntenuitkomst**. In dit basiselement is de inbreng van verpleegkundigen naast die van specialisten en management cruciaal (Nap, E., 2007). Veiligheid maakt deel uit van alle zorgverleners, specialisten, verpleegkundigen en iedereen die betrokken is bij directe patiëntenzorg (Vries, A., de, 2007).

VMS, zes basiselementen, Veilig Incident Melden

Het doel van het Veilig Incident Melden is inzicht krijgen in het functioneren van het zorgproces. Het is belangrijk om zoveel mogelijk van incidenten te leren, door deze zorgvuldig te analyseren (www.vmszorg.nl). Els Punt: *“Aan de ene kant proces, in feite ook uitkomsten, je wilt veel meldingen, dus uitkomst.”* Wim van den Bosch: *“VIM is heel duidelijk proces.”* Dit is een **verpleegkundig proces**, omdat je als verpleegkundige op de afdeling bij kan dragen aan Veilig Incident Melden. Beroepsbeoefenaren hebben vanuit hun professie de verantwoordelijkheid om fouten en incidenten te melden. Dit is tevens vastgelegd in de beroepscode (Buijse, R., 2007). In al deze basiselementen is de inbreng van verpleegkundigen naast die van specialisten en management cruciaal (Nap, E., 2007).

VMS, zes basiselementen, prospectieve risico inventarisatie

Hierbij worden risicovolle processen in een multidisciplinair team geanalyseerd. Wim van de Bosch: *“Is een proces, is indirect te beïnvloeden door de verpleegkundige.”* Els Punt: *“Moet nog ontwikkeld worden in het St. Antonius Ziekenhuis.”* Op basis van de verkregen informatie betreft het **geen uitkomst**.

VMS, zes basiselementen, continu verbeteren

‘Beïnvloedbare en zichtbare kwaliteit’

Onder continu verbeteren wordt het **proces** gezien van het georganiseerd opzetten van verbetering. Els Punt: *“Ja, daar hebben verpleegkundigen invloed op, zeker weten, er is al veel in gang gezet en mensen zijn voortdurend bezig om zaken weer te verbeteren.”* Wim van den Bosch: *“Het is een proces, indirect door de verpleegkundige te beïnvloeden.”*

VMS, zes basiselementen, patiëntenparticipatie

Hierbij gaat het om het actief betrekken van patiënten bij het uitvoeren van patiëntveiligheidsbeleid. Els Punt: *“In het ziekenhuis wordt hier tot nog toe niets mee gedaan, omdat het de vraag is of je de verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf wilt neerleggen. Aan de ene kant wil je dit wel, aan de andere kant moet je dat aan professionals overlaten.”* Dit basiselement betreft **geen uitkomst**.

Prestatie-indicatoren IGZ, medicatieveiligheid

De bedoeling van deze indicator is na te gaan of het ziekenhuis werkt met volledig ingevulde aanvraagformulieren. Dit om medicatiefouten met cytostatica als risicogeneesmiddel zoveel mogelijk te voorkomen.

Deze indicator is **geen uitkomst**. Els Punt: *“De verantwoordelijkheid ligt bij de arts, omdat de inspectie alleen naar volledigheid van gegevens van cytostatica vraagt.”* Ook Saskia Hanemaaijer vindt het geen uitkomst.

Prestatie-indicatoren IGZ, ziekenhuisinfecties

Deze infecties kunnen worden verminderd door ze te registreren, te analyseren en de gegevens terug te koppelen. Dit geeft het ziekenhuis een handvat om het gevoerde preventiebeleid te evalueren en verbeteracties te bepalen.

Deze indicator is **geen uitkomst**. Het gaat er vooral om infecties te voorkomen door bijvoorbeeld registreren. Volgens Saskia Hanemaaijer is dit ook geen uitkomst.

Prestatie-indicatoren IGZ, complicatieregistratie

Een complicatie kan een 'normaal' risico van zorg zijn, maar kan ook het gevolg zijn van fouten. De complicatieregistratie geeft inzicht in de mate waarin bepaalde complicaties voorkomen en de omstandigheden waaronder deze zich voordoen. Een complicatie is een nadelige uitkomst voor de patiënt.

Deze indicator is **geen uitkomst**. Ook Saskia Hanemaaijer stemt hiermee in.

Prestatie-indicatoren IGZ, volume risicovolle interventies

Na een risicovolle operatie kunnen ernstige complicaties optreden. Onder deze indicator valt bijvoorbeeld de operatie aan een aneurysma van de abdominale aorta (AAA-operatie). De kans op complicaties is minder als de operatie vaker wordt uitgevoerd. Hierin speelt niet alleen de ervaring van de chirurg, maar van het gehele team een rol. Ook Saskia Hanemaaijer geeft aan dat dit geen uitkomst is.

Dit betreft **geen uitkomst**, het gaat met name over de interventies.

Prestatie-indicatoren IGZ, afgezegde operaties

Bij deze indicator wordt het percentage afgezegde operaties (binnen 24 uur voor het tijdstip van de operatie) berekend. Er zijn verschillende redenen waarom een operatie niet kan doorgaan. Zo kan de patiënt kort van tevoren afzeggen, maar kan de patiënt ook onverwachts ziek worden, waardoor de operatie niet door kan gaan.

Deze indicator is **geen uitkomst**, het gaat niet om de directe zorg. Saskia Hanemaaijer is het hiermee eens.

Prestatie-indicatoren IGZ, intensive care

Voor verantwoorde zorgverlening is het van belang dat het niveau van zorg die geboden wordt in overeenstemming is met de ernst en complexiteit van de opgenomen patiënten. Het blijkt dat op een IC-afdeling met continue aanwezigheid van een intensivist, de beademings- en opnameduur korter en de kans op overlijden kleiner is. Saskia Hanemaaijer vindt dit ook geen uitkomst.

Dit is **geen uitkomst**. Het gaat met name om het meten van de zorg op de Intensive Care.

Prestatie-indicatoren IGZ, diabetes mellitus

Deze indicator bestaat uit twee delen. Allereerst wordt gemeten of de bloedsuikerwaarden juist ingesteld worden. Deze indicator meet daarnaast het percentage diabeten die een gespecialiseerde oogonderzoek hebben ondergaan.

Dit is **geen uitkomst**, het is geen resultaat van de zorg. Volgens Saskia Hanemaaijer is dit ook geen uitkomst.

Prestatie-indicatoren IGZ, cerebro vasculair accident (CVA)

Deze prestatie-indicator meet het percentage patiënten dat binnen een uur na binnenkomst in het ziekenhuis trombolysetherapie heeft gekregen van alle patiënten die trombolysetherapie krijgen na een CVA.

Dit is **geen uitkomst**, gaf Saskia Hanemaaijer aan. Ook uit de literatuur blijkt dit. Patiënten die een CVA hebben doorgemaakt dienen binnen drie uur trombolysetherapie te ontvangen. De patiënt dient met spoed naar het ziekenhuis vervoerd te worden en dient voorrang te krijgen op de diagnostiek. Aan de hand van de diagnose kan besloten worden of de patiënt in aanmerking komt voor trombolysetherapie (Kapelle, L., 2006).

Prestatie-indicatoren IGZ, heupfractuur

Deze indicator meet de tijd tussen het moment van opname en het moment van operatie, omdat dit de uitkomst van de behandeling beïnvloedt.

Dit is dus **geen uitkomst**. Ook Saskia Haanemaaijer vindt dit geen uitkomst.

Prestatie-indicatoren IGZ, cataract

Om meer inzicht te krijgen in de uitkomsten en daarmee in de kwaliteit van de cataractchirurgie worden pré-, peri- en postoperatieve gegevens geregistreerd en geanalyseerd. Aan de hand van de resultaten kan de cataractchirurgie geoptimaliseerd worden.

Dit is **geen uitkomst**. Ook Saskia Haanemaaijer gaf dit aan.

Prestatie-indicatoren IGZ, evalueren functioneren medisch specialist

Deze indicator meet of de systemen waarmee medisch specialisten hun functioneren kunnen evalueren worden gebruikt.

Dit is **geen uitkomst**, gaf Saskia Haanemaaijer aan.

LPZ: /

PTO: /

Verpleegsensitieve en niet verpleegsensitieve kwaliteitsgegevens

De verpleegsensitieve kwaliteitsuitkomsten zijn hieronder per kwaliteitssysteem weergegeven:

NIAZ, waardering door klanten en patiënten

Deze indicator richt zich op de manier waarop de instelling wensen, verwachtingen en ervaringen van klanten meeneemt in de ontwikkeling van zorgprocessen. Binnen dit veld is een klein deel **uitkomst** te noemen. Wim van den Bosch: *“Meetpunt 601.01 (stimulatie door verpleegkundigen aan patiënten over klachten en*

‘Beïnvloedbare en zichtbare kwaliteit’

waarderingen over de geboden zorg te uiten) beïnvloedt de patiëntenzorg en is vergelijkbaar met patiënttevredenheidsonderzoek.” Ook Saskia Haanemaaijer gaf aan dat het bij deze indicator om een uitkomst gaat.

Volgens de **definitie** is dit verpleegsensitief, want er bestaat een verband tussen de verpleegkundige zorg en de waardering van patiënten. Ook in Amerika is dit een verpleegsensitieve indicator voor elke ‘**Magnet instelling**’. Patiënten vinden eerlijke en volledige informatie belangrijk (Raatgever, M., 2002). Patiënten vinden het belangrijk dat er tijd voor hen is en dat ze goed en begrijpelijk worden geïnformeerd (Stouten, L., e.a., 2003). Ook bleek uit de resultaten van Saskia Haanemaaijer dat zij deze indicator verpleegsensitief vindt. De **taken** van de verpleegkundige die hier van toepassing zijn, zijn informeren en adviseren.

“De verpleegkundige heeft binnen het VMS een volwaardige professionele positie. Verpleegkundigen werken als primaire collega van de medisch specialist in de patiëntenzorg in ziekenhuizen. De verpleegkundige en medisch specialist vullen elkaar aan. Als er beleid ontwikkeld moet worden op het gebied van veilige patiëntenzorg is het ondenkbaar dat de verpleegkundige daar geen rol in heeft. Ook de Orde en NVZ zien dit zo” (Nap, E., 2007).

Wim van den Bosch: *“Het kan eigenlijk allemaal een uitkomst zijn, omdat het allemaal gericht is om de uitkomst te verbeteren.”*

Els Punt: *“Eigenlijk vind ik dat verpleegkundigen in alle thema’s een rol hebben.”*

VMS, tien thema’s voorkomen van ziekenhuisinfecties na een operatie

Hierbij gaat het om het reduceren van het aantal postoperatieve wondinfecties (POWI). Dit betreft een **uitkomst**, omdat het een resultaat is van de directe zorgverlening.

Volgens de **definitie** is dit verpleegsensitief de verleende zorg en zijn uitkomsten worden beïnvloed door de verpleegkundige. Volgens de **NDNQI indicatoren** zijn ziekenhuisinfecties ook verpleegsensitief. Wim van den Bosch: *“Op de afdeling moeten verpleegkundigen voorzichtig zijn, maar voornamelijk ligt de verantwoordelijkheid op de OK.”* Saskia Hanemaaijer geeft aan deze indicator de structuur, het proces en de uitkomst betreft. Ook vindt zij het verpleegsensitief. Een patiënt heeft twee keer zoveel kans op overlijden met een postoperatieve wondinfectie. Ook brengt het veel pijn en ongemak met zich mee. Er zijn een viertal meetbare interventies vastgesteld om het aantal postoperatieve wondinfecties te verlagen. Deze bestaan uit een goede hygiëne op de OK, preventief toedienen van antibiotica 15 tot 60 minuten voor incisie, niet pre-operatief ontharen en het voorkomen van hypothermie (Verstraeten, M., 2009).

Els Punt: *“Hier heeft de verpleegkundige een duidelijke rol in, met name voorzorgsmaatregelen en het gedrag, bijvoorbeeld handhygiëne.”*

Taken van de verpleegkundige hier zijn: observeren en signaleren, verzorgen, verpleegtechnisch handelen en preventie.

VMS, tien thema's, voorkomen van schade door sepsis

Bij deze indicator gaat het om het reduceren van het aantal gevallen van sepsis. Het is een **uitkomst**, omdat het resultaat beïnvloed kan worden door de zorgverlening. Volgens de **definitie** is dit verpleegsensitief, omdat er een verband bestaat tussen de verpleegkundige zorgverlening en patiëntenresultaten. Volgens de indicatoren binnen het **'Magnet'** programma is sepsis verpleegsensitief. Els Punt: *"In het St. Antonius Ziekenhuis op de Intensive Care is een uitgebreid sepsis project, waarbij al die bundels worden toegepast waarin de verpleegkundige ook een heel belangrijke rol speelt. Op het moment dat er gedacht wordt dat een patiënt sepsis ontwikkelt, moet er gestart worden met het protocol."* Wim van den Bosch: *"Is zeker een taak van de verpleegkundige, met name het tijdig signaleren van sepsis is belangrijk."* Om sepsis te voorkomen zijn er zes belangrijke interventies. De eerste vier gaan om het inbrengen van de centraal-veneuze katheter, waarvoor de arts hoofdverantwoordelijk is. De verpleegkundige assisteert wel, daarom hebben de arts en de verpleegkundige hier gedeelde verantwoordelijkheid. Het dagelijks controleren op juistheid is een belangrijke taak van de verpleegkundige. Ook het controleren van de insteekopening is een belangrijke taak van de verpleegkundige (Hageman, A., 2009). **Taken** van de verpleegkundige: observeren, signaleren, verzorgen, verpleegtechnisch handelen, preventie en coördinatie.

VMS, tien thema's, vroege herkenning en behandeling vitaal bedreigde patiënt

Hierbij gaat het om het implementeren van een Spoed Interventie Systeem, met als doel het reduceren van de onbedoelde vermijdbare schade. Dit betreft een **proces en een uitkomst**, om daadwerkelijk adequaat te kunnen reageren bij vitaal bedreigde patiënten moet een Spoed Interventie Systeem geïmplementeerd zijn. Ook volgens de indicatoren van het **'Magnet'** programma in Amerika is dit een verpleegsensitieve data. Els Punt: *"Verpleegkundigen moeten tijdig het Spoed Interventie Team inschakelen, zij hebben daar dus een hele duidelijke rol in. Dit heeft alles te maken met het voorkomen dat een patiënt naar de IC moet, dus is het een uitkomst."*

Volgens **definitie** is dit verpleegsensitief, het omvat verleende zorg en uitkomsten die beïnvloed worden door de verpleegkundige. Wim van den Bosch: *"Het is een taak van de verpleegkundige, vooral dat vroegtijdig herkennen."* **Taken** van de verpleegkundige hier zijn: observeren, signaleren, coördineren.

VMS, tien thema's, voorkomen onbedoelde schade oudere patiënt

Hierbij moeten kwetsbare ouderen vroegtijdig herkend en behandeld worden om verdere schade te voorkomen. Dit thema richt zich met name op delirium, vallen, mobiliteitsverlies en ondervoeding.

Dit thema betreft een **uitkomst**, omdat de uitkomst het resultaat is van de zorgverlening. Volgens de **definitie** is dit directe verpleegkundige zorg die zijn uitwerking heeft op de patiënt. Vallen is een voorbeeld van verpleegsensitieve data binnen het '**Magnet**' programma. Wim van den Bosch: *"Onbedoelde vermijdbare schade is vooral een verpleegkundige taak, als het gaat om het opletten."* Els Punt: *"Er is nog geen doel vastgesteld. Wel is duidelijk dat bijvoorbeeld de ADL in kaart wordt gebracht bij opname en dat aan het eind gemeten wordt in hoeverre dat afgenomen is. De verpleegkundige heeft hier natuurlijk een rol in."* Verpleegkundige **taken** zijn hierbij: preventie en voorlichting, observeren en signaleren, coördineren, verzorgen, informeren en adviseren, begeleiden.

VMS, tien thema's, voorkomen sterfte ten gevolge van een acuut myocard infarct

Er is nog geen officieel doel vastgesteld, maar het gaat met name om het reduceren van de sterfte ten gevolge van een acuut myocard infarct.

Dit thema is een **uitkomst**, omdat het een resultaat is van de zorgverlening. Volgens **definitie** kan dit verpleegsensitief zijn, omdat de uitkomst beïnvloed kan worden door verpleegkundige zorg. Wim van den Bosch: *"Dan gaat het met name om het vroegtijdig herkennen."* Els Punt: *"In de bewaking heeft de verpleegkundige een belangrijke rol."* **Taken** van de verpleegkundige zijn hierbij: observeren en signaleren, voorlichting en preventie, informeren en adviseren, coördineren.

VMS, tien thema's, voorkomen van onnodig lijden van pijn

De globale doelstelling is om patiënten geen onnodige pijn te laten lijden. Volgens de definitie is dit verpleegsensitief.

Dit thema is een **uitkomst**, omdat het een resultaat is van de verpleegkundige zorgverlening. Volgens de **definitie** is dit verpleegsensitief, omdat de uitkomst beïnvloed wordt door de verpleegkundige zorg. Bij postoperatief herstel is de verpleegkundige vaak de missing link als het gaat om goede pijnbestrijding (Lambooy, 2003). Binnen het '**Magnet**' programma is dit ook een verpleegsensitieve kwaliteitsindicator.

Wim van den Bosch: *"Hierbij gaat het met name om het geven van goede medicatie en anesthesie. Als verpleegkundige is het van belang om te signaleren bij pijnmeting en adequaat te handelen bij het signaleren van pijn."* Verpleegkundige **taken** bij dit thema zijn: observeren en signaleren, verzorgen, begeleiden, verpleegtechnisch handelen, informeren en adviseren, preventie en voorlichting geven en coördineren.

VMS, tien thema's, voorkomen incidenten bij bereiden en toedienen high risk medicatie

In dit thema wordt gewerkt aan het verminderen van het aantal medicatiefouten bij het toedienen van medicatie waar kans op schade bij een verkeerde behandeling het grootst is (high-risk medicatie). De exacte doelstelling moet nog vastgesteld worden door het expertteam. De Centrale Medicatiefouten Registratie (CMR) van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers heeft 5.070 geregistreerde medicatiefouten. 46% hiervan bestaat uit toedieningsfouten, 20% uit voorschrijffouten en 5% uit bereidingsfouten (www.vmszorg.nl).

Dit thema is een **uitkomst**, omdat het gaat om de gezondheid en het welzijn van de zorgontvanger. Volgens de **definitie** is dit deels verpleegsensitief, omdat het niet continu om directe verpleegkundige zorg gaat waar de patiënt door wordt beïnvloed. Els Punt: *“De verantwoordelijkheid ligt grotendeels bij de apotheek, op het moment dat het toegediend wordt is de verpleegkundige verantwoordelijk.”* **Taken** van de verpleegkundige zijn hierbij: verpleegtechnisch handelen, observeren en signaleren, informeren en adviseren en coördineren.

VMS, tien thema's, voorkomen verwisseling van en bij patiënten

Hieronder vallen operaties aan een verkeerd lichaamsdeel, de verkeerde kant van het lichaam, op een verkeerd niveau van de goede kant of een verkeerd onderdeel van het lichaam. En operaties bij de verkeerde patiënt. Doel: vermindering links-rechts verwisseling met 100% in 2012.

Dit thema betreft een **uitkomst**, omdat het een aspect is dat het resultaat is van de zorgverlening. Volgens de **definitie** is dit deels verpleegsensitief, omdat een klein deel van de uitkomsten beïnvloed wordt door de verpleegkundige. Wim van den Bosch: *“Ja, daar kun je als verpleegkundige zeker een rol in spelen. Je moet niet de verkeerde patiënt naar de OK brengen. En binnen de OK is het natuurlijk belangrijk dat ze bijvoorbeeld het goede been of de goede nier opereren, verwisseling van lichaamsdelen rechts links is belangrijk, maar dat is meer voor OK.”* Els Punt: *“De verantwoordelijkheid ligt bij de OK-assistent, de anesthesist en de chirurg.”*

Taken van de verpleegkundige: observeren en signaleren.

Prestatie indicatoren IGZ, decubitus

Bij deze prestatie-indicator wordt nagegaan of de prevalentie en ernst van decubitus systematisch geregistreerd wordt (m.b.v. een decubitusregistratiesysteem). Het is een indicator voor de kwaliteit van het decubituspreventiebeleid.

Deze indicator betreft een **uitkomst**. Volgens de **definitie** is dit verpleegsensitief, de uitkomsten worden beïnvloed door de verpleegkundige zorg. Volgens Els Punt, Saskia Hanemaaijer en Wim van den Bosch heeft de verpleegkundige zeker invloed op decubitus. Decubitus geeft ongemak en pijn bij patiënten, en leidt tot grote kosten voor de gezondheidszorg. De prevalentie van decubitus zegt iets over de kwaliteit van zorg: waar die onder druk staat, neemt decubitus toe (www.lpz-um.nl). De verpleegkundige is een belangrijke schakel als het gaat om decubitus (Loon, J., van, 2005). **Taken** van de verpleegkundige zijn: observeren en signaleren,

verzorgen, begeleiden, verpleegtechnisch handelen, informeren en adviseren, preventie en voorlichting en coördineren. Decubitus is ook een indicator die onder de **NDNQI indicatoren** valt.

Prestatie indicatoren IGZ, ondervoeding

Deze prestatie-indicator meet hoe patiënten systematisch bij opname worden gescreend op ondervoeding en of ondervoede patiënten tijdig en op adequate wijze worden behandeld.

Deze indicator betreft een **uitkomst**. Els Punt: *“Ondervoeding is een uitkomst waar de verpleegkundige invloed op heeft.”* Ook Saskia geeft aan dat deze indicator verpleegsensitief is. Volgens de **definitie** is dit verpleegsensitief. De voeding is niet alleen een taak van de diëtiste, maar ook van de verpleegkundige. Het is belangrijk dat de verpleegkundige observeert om zo op het juiste moment deskundige hulp in te kunnen roepen (Enzlin, M., 2001). Verpleegkundige **taken** hier zijn: signaleren en observeren, verzorgen, begeleiden, informeren en adviseren, preventie en voorlichten en coördineren. Verpleegkundigen denken vaak dat voeding de taak is van bijvoorbeeld een diëtist, maar het is ook wel degelijk de taak van de verpleegkundige. Voeding is niet de specialisatie van de verpleegkundige, maar ze biedt het voedsel wel aan de patiënt aan, bovendien staat de verpleegkundige het meest in contact met de patiënt. Het is belangrijk dat de verpleegkundige observeert om zo op het juiste moment deskundige hulp in te kunnen roepen (Enzlin, M., 2001).

Prestatie indicatoren IGZ, pijn na operatie

Onder deze indicator wordt het percentage pijnmetingen bij klinische operatiepatiënten en het aantal patiënten met een pijnscore boven de zeven in de eerste 72 uur na een operatie berekend.

Deze indicator is een **uitkomst**, omdat het gaat om de gezondheid en welzijn van de zorgontvanger. Ook Saskia Hanemaaijer geeft aan dat het hier gaat om een uitkomst. Pijn is ook een verpleegsensitieve indicator binnen het **‘Magnet’** programma.

De Verpleegkundige Wetenschappelijke Raad (VWR) en het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) hebben een aantal stellingen geformuleerd over de verpleegkundige bij pijn. Zo staat er: *‘Pijn hoort tot het domein van de verpleegkundige’, Verpleegkundigen dienen alert te zijn op fysiologische reacties en gedragsveranderingen van patiënten met pijn, in het bijzonder wanneer patiënten niet in staat zijn tot verbale communicatie’, Verpleegkundigen dienen bij het vaststellen van pijn gebruik te maken van een pijnbeoordelingsinstrument’ en ‘Verpleegkundigen dienen kennis te hebben van en inzicht te hebben in de werking, bijwerking en toedieningswijzen van de in hun veld gangbare pijnmedicatie’* (Wit, R., de, 2000). Een goede communicatie en documentatie over pijn geeft meer zicht op heling en op het herstelverloop, of eventuele afwijkingen. Op dit moment wordt de verpleegkundige nog te veel gemist als het gaat over een goede pijnbehandeling voor een goed postoperatief herstel (Lambooy, L., 2003).

LPZ, ondervoeding

Ondervoede patiënten hebben een langere opnameduur dan niet ondervoede patiënten en zelfs meer kans op vroegtijdig overlijden (www.lpz-um.nl). Daarom zijn vroege herkenning en behandeling van ondervoeding erg belangrijk (Kersten, J., 2008). Zie verder ondervoeding IGZ.

PTO, CQ index/ NVZ

PTO kan de tevredenheid van patiënten over de geboden zorg meten. Een instelling kan met de resultaten hiervan de zorg beter afstemmen op de wensen van patiënten (www.nvz-ziekenhuizen.nl). PTO kan individueel per instelling uitgevoerd worden. Ook kan een instelling gebruik maken van gestandaardiseerde vragenlijsten. Door gebruik te maken van deze vragenlijsten is het mogelijk de uitkomsten te vergelijken met andere ziekenhuizen. In 2006 is de CQ-Index geïntroduceerd als een gestandaardiseerde systematiek voor het meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg.

Dit is een **uitkomst**. Ook volgens Saskia Hanemaaijer is dit een uitkomst en verpleegsensitief. Het is volgens de **definitie** verpleegsensitief, zie waardering door klanten en patiënten. Wim van den Bosch: *“Het is in zekere zin een uitkomst van de tevredenheid van de patiënt. Vooral over de bejegening en behandeling door de verpleegkundige.”* Zie NIAZ, waardering door klanten en patiënten.

Taken verpleegkundige zijn hierbij het hele handelen van de verpleegkundige.

Tevredenheid van patiënten is tevens een indicator die valt onder de **NDNQI-indicatoren**.

Niet-verpleegsensitief

De volgende kwaliteitsgegevens zijn niet verpleegsensitief:

NIAZ, waardering door maatschappij

Waardering door de maatschappij richt zich op de maatregelen die instellingsleiding neemt op bijvoorbeeld negatieve berichtgevingen in de media. Dit veld is dus gericht op de actie die een instellingsleiding neemt, dit betreft geen uitkomst. Indirect zou het een **uitkomst kunnen** zijn, zie waardering door klanten en patiënten.

NIAZ, eindresultaten en transparantie

Dit richt zich met name op de wettelijke verplichtingen de juiste informatie aan te leveren op basis van het Jaardocument Zorginstellingen. Indirect zou het een **uitkomst kunnen** zijn, omdat de verpleegkundige invloed heeft op verschillende uitkomsten van de indicatoren die de instelling openbaar maakt. Saskia Hanemaaijer geeft aan dat het een uitkomst is, maar niet verpleegsensitief.

VMS, tien thema's, voorkomen medicatiegerelateerde fouten

Hiervoor is nog geen duidelijk doel vastgesteld. Wel is duidelijk dat er bij het voorschrijven van medicatie te vaak vermijdbare fouten worden gemaakt. Hierbij wordt een belangrijk deel gemaakt bij medicatieoverdracht tussen bijvoorbeeld verschillende instellingen.

Dit betreft een **uitkomst**, omdat de uitkomst het resultaat is van de zorgverlening. Volgens de **definitie** is dit niet verpleegsensitief, omdat het niet direct wordt beïnvloed door de verpleegkundige. De voorschrijver is verantwoordelijk voor het registreren van alle wijzigingen in medicatie (www.medicatieoverdracht.nl).

VMS, tien thema's, Voorkomen nierinsufficiëntie bij gebruik contrastmiddelen en medicatie

De doelstelling is het verminderen van het risico op nierinsufficiëntie bij het gebruik van contrastmiddelen en andere medicijnen. De exacte doelstelling is nog niet bepaald. Er wordt gedacht aan interventies op de volgende onderwerpen: inschatting van het risico op nierinsufficiëntie, bepalen van nierfunctie bij risicopersonen en het vaststellen van beleid ten aanzien van patiënten met verhoogd risico (www.vms.nl). Dit thema betreft een **uitkomst**, omdat het een uitkomst aspect is, die resultaat is van de zorgverlening. Volgens de **definitie** is dit niet verpleegsensitief: het is geen directe verpleegkundige zorg, het valt niet binnen het verpleegkundig domein. Wim van den Bosch: *"Heeft de verpleegkundige zeker geen invloed op, hierbij gaat het vooral om de radiologieafdeling."*

Prestatie indicatoren IGZ, colorectale operaties

In deze basisset is het percentage colorectale heroperaties binnen dertig dagen opgenomen (uitgezonderd de appendix).

Dit is een **uitkomst**, omdat de zorg van invloed is op de patiënt. Het is echter niet verpleegsensitief, want het is geen directe verpleegkundige zorg. Ook volgens Saskia Hanemaaijer gaat het hier om een uitkomst en is het niet verpleegsensitief.

Prestatie indicatoren IGZ, zwangerschap

Er is een schaal ontwikkeld, de VOKS (Verloskunde Onderlinge Kwaliteitsspiegeling), zodat het percentage keizersneden per populatie eerlijk weergegeven wordt.

Dit is een **uitkomst**, omdat de keizersnede een uitkomst is van het resultaat van de zorgverlening. Volgens de **definitie** is dit niet verpleegsensitief, omdat het geen directe verpleegkundige zorg is. Saskia Hanemaaijer gaf aan dat dit een uitkomst is en niet verpleegsensitief.

Prestatie indicatoren IGZ, mammacarcinoom

Voor een effectieve en patiëntgerichte behandeling is de organisatie van de zorg voor patiënten met verdenking op kanker van groot belang. Goede diagnostiek en nauwkeurige bepaling van de uitbreiding van de borstkanker (mammacarcinoom) zijn bepalend voor het resultaat.

Dit is een **uitkomst**, het wordt beïnvloed door directe zorg. Volgens de **definitie** is het niet verpleegsensitief, het is geen directe verpleegkundige zorg. Volgens Saskia Hanemaaijer is dit een uitkomst en niet verpleegsensitief.

Prestatie indicatoren IGZ, cardiologie

Er zijn vier indicatoren opgenomen in deze basisset. De sterfte in het jaar na het eerste consult op de polikliniek Cardiologie, de sterfte na een acuut myocardinfarct (AMI), de hartfalenpolikliniek en het percentage heropnames na hartfalen.

Dit is een **uitkomst**. Els Punt, Saskia Hanemaaijer en Wim van den Bosch vinden het allemaal niet verpleegsensitief. De verpleegkundige heeft weinig directe zorg te leveren in deze situaties.

Prestatie indicatoren IGZ, kinderchirurgie

Ingewikkelde operaties bij kinderen worden alleen in gespecialiseerde ziekenhuizen uitgevoerd. Blindedarmoperaties kunnen in principe in alle ziekenhuizen uitgevoerd worden. De indicator is de postoperatieve opnameduur na een blindedarmoperatie bij kinderen (www.igz.nl).

Dit is wel een **uitkomst**. Het wordt beïnvloed door de zorg. Volgens de **definitie** is dit geen directe verpleegkundige zorg, dus niet verpleegsensitief.

LPZ:

PTO:

Bijlage 7: Uitgewerkte interviews

Interview Els Punt

Ik weet niet wat u al weet over het magneet?

Zeg maar Els, hoor, en jij.

Oké.

Ik heb het nog eens even nagelezen het gaat met al over de rol van de verpleegkundige heb ik begrepen en dat die dus een centrale rol hebben in het ziekenhuis en dat met name evidence based gewerkt wordt dat ze zich daar hard voor maken. En voor de rest had ik in eerste instantie zo iets van dat het erg leek op het IIP Investice in people, wat we hier ook hebben en waar het heel belangrijk is dat je als medewerker je op je plaats voelt in het ziekenhuis.

Het Amerikaanse model richt zich inderdaad op de verpleegkundige. Dat ze met veel plezier in een ziekenhuis werken. En die verpleegkundigen geven dan ook excellente verpleegkundige zorg waardoor dus patiënten ook meer tevreden zijn over de zorg die geleverd wordt, er treden minder complicaties op. En omdat het in Amerika dus zo goed werkt willen ze het in Nederland ook invoeren en ze zijn dus bezig met de vertaling van het Amerikaanse magneetprogramma naar Nederland, omdat het vanwege cultuurverschillen het is eigenlijk niet mogelijk om het Amerikaanse rechtstreeks hier te introduceren. In Nederland willen ze, hebben ze het gericht op drie punten, de verpleegkundige, de instelling en de patiënt. En waar wij dan mee bezig zijn is de patiënt. Wij zijn ons daarop aan het richten.

Jaja.

En waar het eigenlijk bij de patiënt om gaat is dus de kwaliteitsindicatoren, om de bureaucratie die daar eigenlijk omheen zit eigenlijk niet te vergroten. Gebruiken ze die punten. En wat de bedoeling is dat wij uit de kwaliteitsindicatoren de uitkomsten gaan halen waar een verpleegkundige invloed op heeft. Dus het gaat puur om de patiëntenuitkomsten waar de verpleegkundige invloed op heeft.

Ja, dan heb ik het goed begrepen.

Dan is de eerste vraag aan u hoe zou u verpleegkundig sensitief omschrijven?

Ik ken het woord niet eens. Het is volledig nieuw, sensitief. Ik dacht eerst waar hebben jullie het over, maar ik zou het niet weten.

Het is de bedoeling dus dat wij een vanuit alle gegevens die verzameld worden degene selecteren waarop de verpleegkundige van invloed is. De verpleegkundige moet dus een de uitkomsten daarvan kunnen beïnvloeden. Van de zorg.

Ja.

Dus dat is eigenlijk wat wij hier ook als uitgangspunt nemen van verpleegsensitief.

En dan wil je van mij weten welke indicatoren ik daarvoor dan zou willen benoemen?

'Beïnvloedbare en zichtbare kwaliteit'

Ja.

Dus ik heb eigenlijk gekeken naar wat wij op dit moment doen en dat is dus dit, de prestatie indicatoren van de inspectie. En daar heb ik even naar gekeken wat is dan wat heeft de verpleegkundige dan invloed op, Dan denk ik decubitus. De prevalentiecijfers die een keer per jaar wordt zo'n meting gedaan, ik weet niet of jullie dat weten? En het blijkt dus dat we dit jaar, of tenminste in 2008, minder scoren dan de afgelopen jaren, en dat is eigenlijk, ligt dat gewoon aan voor een groot deel aan de verpleegkundige zorg zegt de revalidatie arts en de decubitusverpleegkundige. Dus dat is echt iets waar je duidelijk invloed op hebt. En dan kom je, ik weet niet of ik dat nog wel toe moet lichten?

Ja, als u dat zou willen..?

Nou, wat er heeft een verschuiving plaatsgevonden binnen die verpleegkundig specialisten. Van decubitus met name naar wondzorg en daardoor is eigenlijk minder aandacht gekomen voor decubitus en door op elke afdeling heb je aandachtsvelden voor decubitus en juist dat door de fusie bijvoorbeeld is er minder tijd geweest om die aandachtsvelders te begeleiden en die hadden weer minder tijd om de afdelingen, om de medewerkers te instrueren en daardoor is, het is één van de redenen mogelijk, waarom de cijfers minder goed is dan het afgelopen jaar. En een ander punt is ook dat de matrassen versleten zijn in het Antonius en dat ze die nu aan het vervangen zijn. Dat zou ook een reden kunnen zijn. Maar ik geef met name die verpleegkundigen aandacht die is dus in 2008 minder geweest dan de jaren daarvoor. Dus dat vind ik een duidelijk voorbeeld van... Ondervoeding vind ik ook verpleegkundig iets.

Dat vind u ook allemaal uitkomsten? Wij hebben wat onderzoek gedaan naar kwaliteit enzo en dan werd er ook onderscheid gemaakt tussen indicatoren die om het proces ging en sommige om structuur en sommige om uitkomsten.

Ja dit zijn uitkomsten. Maar ik denk juist dat die uitkomsten je aanzetten om tot verbetering te komen binnen het proces.

Ja.

Tenminste dat denk ik. Dus in feite moet je nu gewoon nog even naar de uitkomsten kijken en op een gegeven moment denk ik dat je... Je moet het ook een beetje afwisselen want wat we nu ook merken is dat er, net wat jij zegt, die bureaucratie er wordt heel veel gevraagd van mensen om dingen te registreren. En als je maar eindeloos als je op een gegeven moment bepaalde goede uitkomsten hebt en je moet blijven registreren en die uitkomst veranderd eigenlijk niet dan moet er weer een andere impuls komen waardoor je weer denkt van hè, daar moeten we weer eens even aandacht aan gaan schenken. En dan kijk je misschien naar dingen binnen het proces, dus je moet iedere keer dat afwegen. Dat vond ik een duidelijke. Ja, ik moet zeggen dat er een heleboel zijn, hoor.

Medicatieveiligheid.

Veiligheid. Ja, deze keer vraagt de inspectie alleen naar volledigheid van gegevens van cytostatica. En dat is toch eigenlijk iets wat zo'n verantwoordelijkheid bij de dokter ligt en de verpleegkundige heeft dus eigenlijk die moet checken of alle gegevens ingevuld zijn. En dat is eigenlijk een minimum aan handelingen ik denk toch dat de eindverantwoordelijkheid duidelijk bij de arts ligt en niet zozeer bij de verpleegkundige. Dus ja voorgaande jaren werd er heel anders weer naar medicatieveiligheid maar nu op dit moment. Ziekenhuizenhuis infecties vind ik een hele belangrijke waar verpleegkundigen een rol in hebben.

En zorg ICT, die slaat u over...?

Ja, dat is nog niet gerealiseerd we zijn bezig met een EPD we zijn bezig met een VEPD er komt een elektronisch medicatievoorschrijfsysteem dat hebben we nog niet. En in die zin zal dan de ICT een bijdrage leveren aan de verhoging van kwaliteit van zorg. Omdat het gewoon heel veel oplevert. Aan de andere kant zegt ook Ed Wiltink de apotheker het zal waarschijnlijk ook weer...: andere problemen zullen zich weer aandienen. Dus je krijgt het nooit helemaal honderd procent. Dus daarom stap ik eigenlijk een beetje over ICT heen dat we wel druk mee bezig maar het is gewoon nog niet. Wat we ook willen doen is bijvoorbeeld het in kaart brengen van de kwetsbare ouderen. Vanuit de patiëntveiligheid die landelijke thema's. Daar hebben we ook de ICT weer voor nodig omdat in het VEPD al die screeningsvragen zoals de IZAR en weet ik veel wat allemaal in opgenomen moeten worden. Dat loopt allemaal nog niet zo. En ik las net weer dat het automatisch... die, dat apparaat waarin je als patiënt je eigen patiënt ponsplaatje kan maken dat het alweer gesneuveld is. Dat werkt al niet meer. Dus ik bedoel maar dus ik denk het moet er eerst goed zijn en het moet heel goed werken en dan.

Ja, ja. En zou u dat een uitkomst noemen? Zorg ICT?

Nee. Het is meer proces. Dat vind ik een proces en daardoor zul je in de andere indicatoren zul je een verbetering zien. Dat denk ik.

Ziekenhuisinfecties die vind u wel?

Ja die vind ik wel een duidelijke, nou handhygiëne en gewoon echt gedrag. Met name de voorzorgsmaatregelen en het gedrag. Ik weet niet of ik daar, moet ik dat nog toelichten, nee dat weten jullie ook wel. We doen dan de postoperatieve wondinfecties, hartchirurgie, lijnsepsis, op de Intensive Care is een uitgebreid sepsis project ook waarbij al die bundels worden toegepast waardoor de verpleegkundige ook een hele belangrijke rol in. Om op tijd te zorgen dat al die bundels gevolgd worden. Als ik iets zeg wat je nog nooit eerder gehoord hebt moet je het even zeggen, hoor. Maar dat is een heel pakket aan maatregelen en op het moment dat je denkt dat een sepsis zou kunnen ontwikkelen moet je daarmee beginnen, bloed afname enzovoort, enzovoort en daardoor kan je en daar heb je als IC verpleegkundige gewoon een rol in. Blaaskatheterinfecties die meten we niet maar

daar zijn we wel, nou ja kortom die infecties een heleboel. Complicatieregistratie denk ik nou het gaat eigenlijk om het registreren dus daar heb je niks mee. Pijn na operatie wel denk ik, hadden jullie die ook bedacht?

Ja dat denk ik ook dat die erbij hoort inderdaad.

Die gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten en zorgen dat mensen gewoon volgens de protocol en als je dan meet maar dat gaat weer over de uitkomsten. En waar de inspectie ook naar vraagt is dat ze eigenlijk willen dat het aantal mensen die een pijnscore hebben boven de 7 in de eerste 72 uur dat moet gewoon heel laag zijn. Dus daar heb je als verpleegkundige een duidelijke rol in.

En ziet u dat als een uitkomst omdat het gaat om het meten van die metingen zeg maar.

Uitkomst. Ja. Vind ik een uitkomst.

Oké. En volume van risicovolle interventies?

Ja nee dat vind ik niet. En galblaas ook niet. En ongeplande heroperaties ook niet. Die colorectale afgezegde operaties dat denk ik eigenlijk niet hoor.

Dat zie u ook allemaal als uitkomst, die punten?

Volume en cholecystectomie en de ongeplande heroperaties dat zijn uitkomsten. Want dat zijn eigenlijk ja, dezena een operatie. Afgezegde, dat zou iets in het proces kunnen zijn. Dat mensen onvoldoende voorgelicht zijn of, hè, niet snappen wanneer ze nou wel en wanneer ze niet moeten komen. Intensive Care daar heb ik eigenlijk nog nooit naar gekeken. Gedaan, of iets in kunnen betekenen. Ja, het gaat over beademingsuren. Ik zou het niet zo. Nee ik vind eigenlijk niet dat je daar nou echt invloed op hebt, het aantal beademingsuren, nee.

Zwangerschap ook niet, dat zijn die VOKS percentages. Diabetes, vind ik een moeilijke. Het gaat met name om die uitslagen en hoe vaak mensen..Binnen het proces denk ik wel dat verpleegkundigen een rol kunnen hebben omdat je dus zo'n jaarcontroles bij diabetespatiënten. Dat die goed gestructureerd plaatsvinden. En dat daar multidisciplinair naar gekeken wordt. Daar zouden ze een rol in kunnen spelen. Dus dat gaat om het proces.

Maar dat is eigenlijk ook wat ze hier meten toch, bij deze indicator?

Nou ze meten eigenlijk ook hoe vaak je inderdaad dedoet hè? Ja, en die moet je geloof ik twee keer per jaar doen ofzo, daar zijn richtlijnen voor. Dus op het moment dat ze zich aan de richtlijnen houden die artsen, dan het is niet zo'n belangrijke indicator vinden wij tenminste. Omdat het eigenlijk al goed gebeurt en als mensen 1 keer per jaar komen heeft de arts daar een goede reden voor. Het is niet dat het niet goed georganiseerd is.

Ja, oké.

Nee en de oogheekundige vind ik ook niet dat de verpleegkundige daar iets in, het gaat puur om het proces en het is echt de organisatie in het ziekenhuis waar je dat nou precies laat doen dat is het punt je kunt het namelijk hier in het ziekenhuis laten doen maar sommige mensen gaan ook omdat ze ergens anders wonen gaan ze gewoon in een ander in de buurt voor oogheekunde en dat wordt dan hier niet geregistreerd dus dan krijg je nooit goede... maar dat cijfer dat rammelt ook een beetje.

Ja, oké.

Krijgen we de cardiologie ja dat zijn die sterftcijfers. Nou ik vind ook niet dat je daar invloed hebt al verpleegkundige. CVA, ... dan gaat het puur alleen om het trombolyse. Hoe dat plaatsvindt, nou het heeft dus inderdaad met logistiek te maken. Maar of je daar als verpleegkundige invloed uit op kunt, nee ik denk het niet. Gaat via de huisarts en dan moet zo snel mogelijk naar de eerste hulp en daar moet men gewoon wel dat oppakken. Dus daar hebben ze enigszins wel een rol, ja. Maar het is proces. Heupfractuur, vind ik wel. Maar ik moet zeggen de artsen daarvan overtuigd zijn om mensen gewoon binnen 24 uur te opereren. En als ze dat niet doen zijn daar gewoon gegronde redenen voor. En wat de verpleegkundige daaraan ja, ook meer proces. Duidelijker aangeven wat.

En heeft de verpleegkundige invloed volgens u op het proces? Want ze meten uiteindelijk of dat het, de tijd tussen het moment van opname en de operatie hè.

Ja. Vind ik lastig hoor, ik denk als mensen ik heb vorig jaar, heb ik al die statussen nagekeken waarom mensen dus langer gelegen hebben dan 24 uur voordat ze geopereerd waren hier in het Ouderijn alleen hoor. Ja, de helft kwam uit een verpleeghuis en was half dement. Dan denk dat moet je eerst toch ook even kijken wat is het voor iemand dan is het toch heel moeilijk dan wil je toch ook wel even goed nadenken dus ik denk in die zin dat het meedenken van verpleegkundigen wel belangrijk is. Maar dan eerder in de vertragende fase dan in de versnelde fase. Dat iedereen maar zo snel mogelijk dus dat is een beetje een vage rol vind ik, hoor.

Ja, oké.

En het mammacarcinoom vind ik ook niet dat ze daar invloed op hebben.

Nee dat gaat echt over die operaties.

Cataract hebben ze ook geen invloed op. En kinderchirurgie, nou deze keer staat hij er nog in maar ik denk dat die er in het vervolg ook uitgaat. Dus ik kan er niks zinnigs van zeggen.

Nee, oké. En het evalueren van het functioneren van medisch specialisten?

Dat is daar zijn ze mee gestart en daar zijn de mensen die dat gaan doen die zijn daar voor opgeleid en die gaan het uitvoeren ook. Dus daar is een start mee gemaakt.

En is de verpleegkundige daarop van invloed?

Nee dat wordt helemaal binnen de medische staf uitgezocht. Dat is toch een beetje een taboe hè. Dus dat is best moeizaam, ja.

Oké, nou dan hebben we de 20 IGZ indicatoren allemaal gehad. De LPZ?

Daar heb ik niks, geen verstand van. Die staan wel vermeld als wat wij volgens de LPZ doen. Staan er in de nieuwste versie staat dat beschreven. Zoals decubitus doen we volgens de LPZ maar eigenlijk doen we erg veel eigen registratie. En ik denk dat je dat moet vragen aan Saskia. Zijn jullie al naar Saskia geweest?

Nou, zij heeft niet echt tijd voor een interview dus wij doen het via de email. Wij hebben een hele lijst gestuurd. Dat zijn echt vragen voor Saskia, die weet precies waarom we wel en waarom we niet de gegevens uit de LPZ halen. En waarom we wel of niet daarin registreren.

En kan zij ook antwoord geven op de vraag of dat die punten zeg maar verpleegsensitief zijn? Dat de verpleegkundige daarvan op invloed is of kunt u die vraag ook.

Nee, die heeft helemaal niets met verpleegkundigen te maken volgens mij.

Het is decubitus, incontinentie, smetten..

Ja, maar dat gaat allemaal, ja dat wordt misschien wel geregistreerd volgens de LPZ maar dat is eigenlijk hetzelfde als dat ik net zei decubitus is iets waar verpleegkundigen invloed op hebben. Alleen zij hoeven het niet te registreren de verpleegkundigen. Dat wordt gewoon één keer per jaar met die puntenprevalentie gedaan en dat is het. En dan wordt er gewoon gebruik gemaakt van de LPZ. Wat we ook nog hebben is PREZIES voor de wondinfectie. Dat is ook een registratiesysteem en daar worden ook heel veel gegevens uitgehaald en of er volgens dat systeem wordt gewerkt. En ook dat is een iets waar verpleegkundigen helemaal niets mee van doen hebben. Dat gaat echt via de ziekenhuishygiënist die daar wat mee doet. Ja.

Ja, oké. Duidelijk. Even kijken hoor.

Ja, ik vroeg me nog af of, want waar we mee bezig zijn met die zorgprocessen volgens zichtbare zorg. Dat nemen jullie helemaal niet mee?

Daar hebben we ons niet in verdiept inderdaad. En daar hebben we ook niks over gehoord.

Nou, ik laat het je even zien. Want kijk we hebben niet alleen te maken met de basisset IGZ, waar we ook naar moeten kijken is het, dit in 2009 dat zijn de indicatoren van zichtbare zorg. En die had ik even opgezocht. Even kijken hoor. Zichtbare zorg, die hebben dus gezegd we willen graag dat jullie voor een aantal processen hebben wij indicatoren gemaakt bij elke, zeg maar, aandoening hebben ze dus een heel pakket gemaakt. Nou die indicatoren waaraan je moet voldoen nou het is opzich niet... Het is een studie apart hoor. Maar ik dacht ik laat het je toch eventjes zien dit kan je ook gewoon meenemen dit is het mammacarcinoom het andere is dus diabetes. En dan zie je dan gaat het heel erg om het geld hè, dus de DBC's. En dat soort zaken maar de rol van de verpleegkundige komt er ook in voor. Want zoals met diabetes heb je gewoon toch de diabetesverpleegkundige en bij de mammacarcinoom vinden ze het toch als een eis dat je een mammacareverpleegkundige moet hebben. En daarom had ik

zo iets van ik stop het er toch even bij en wat wij nu gaan doen is vanuit het NIAZ vanuit het kwaliteitssysteem wordt het zichtbaar of wij niet?? Ik weet niet waar hij vandaan komt ...?? Moet je maar even kijken.....?? (Els geeft uitleg a.d.h.v. van wat ze op de PC ziet) Ziekenhuizen waar hier de kwaliteitsindicatoren en dan heb je dus hier de indicatoren voor de aandoeningen die we in 2009 in kaart moeten brengen. En dat worden er in totaal 80 aandoeningen en die moeten dus de komende jaren moeten die dus moeten we daar ook aan gaan voldoen. Daar is Saskia ook al mee bezig. En omdat we volgens het NIAZ we de nieuwe NIAZ accreditatie die volgend jaar plaats gaat vinden ook proces, zorgprocessen moeten gaan, ja, daar moeten we gewoon, die moeten meer leven hebben we dus de zorgprocessen op een briefje gezet die krijg je ook mee. En we hebben gezegd van oké, want we moeten dan vanuit verschillende invalshoeken moeten we kijken naar die zorgprocessen dan moeten we rekening houden met de prestatie indicatoren van de IGZ je moet gaan rekening houden met de zichtbare zorg en we moeten rekening houden met de verzekeraars want die gaan op een gegeven moment zeggen van nou als jij je diabetespatiënten vijf keer laat terugkomen in 1 jaar, dan ben je dus slecht bezig en dan betalen wij niet meer. Dus vandaar dat we dit nu in kaart brengen, ik heb hier niks achter gezet maar wat we nu aan het doen zijn hebben we aan de specialisten gevraagd of die een proceseigenaar willen worden van een proces dat een afdelingshoofd voortrekker is en dat zij met elkaar in kaart brengen van wat is nou... Dit is het proces en welke activiteiten doen hun en moeten daardoor worden ingevuld. En daar heb je ook weer een belangrijke rol voor de verpleegkundige want op welke momenten... Ik dacht ik leg het er even bij en die zichtbare zorg ook kan je eens doorheen bladeren als je het nodig vindt.???

Het gaat volgend jaar van start van.

Nee dit jaar al. ...2009..Ja volgens mij, ja. Het is nu al 2009. Dus we moeten daarmee aan de slag.

En worden elk jaar andere gemeten begrijp ik?

Elk jaar komt er wat bij.

Maar die andere die, bijvoorbeeld in 2009 zijn begonnen, die worden in 2010 ook nog gemeten, of die komen erbij?

Ja, er komen er steeds meer bij om het op te bouwen. Ja, dus er komt steeds meer bij, nu ben je in ieder geval op de hoogte. Dus als mensen daar naar vragen dan ja.

Dus dit was eigenlijk ook een nieuwe kwaliteitssysteem erbij zeg maar.

Ja. Het is ja, het is weer iets wat ze bedenken en maar waar niemand blij mee was, en in eerste instantie dachten we van ja, laat maar even zitten, maar we kunnen dit toch niet omheen en we zullen dus toch er zijn wel pilots dus mensen die er aan mee doen, maar wij hebben gezegd dat kunnen wij nu even niet Moet je maar eens even op de site kijken kun je het lezen.

Ja, is goed.

Ja, dus dat is even een tip. Oké, VMS zei je.

Ja. De eerste zes basiselementen, beleid en strategie.

Ja, ja.

Denkt u dat de verpleegkundige daarvan op invloed is?

Beleid en strategie. Nou, beleid en strategie wordt uitgezet door de raad van bestuur, en die krijgt wel in... ja en die krijgt dus vanuit verschillende invalshoeken input dat zijn externe invloeden en interne invloeden externe komt van buiten, dus VWS en hè, de hoe noem je dat, de positie van het ziekenhuis en de omgeving, daar moet die ander op inspelen, wat er allemaal is, dus dat, daar, maar van input, krijgen ze het vanuit de managers en die managers krijgen de input vanuit de verpleging.

Ja, ja.

Dus, in die zin, is er wel een kleine invloed, maar in feite wordt het kader bepaald door de raad van bestuur, en het kader zegt van of de raad van bestuur zegt patiëntveiligheid is een item, en dan mag je die vertaalslag maken op je afdeling en dan komt de verpleegkundige weer om de hoek die zegt op welke manier kunnen we daar nog mee aan de slag.

Ja, ja oké. En, cultuur?

Ja.

Cultuur op de afdeling? Dat is ook 1 van de 6 basiselementen.

Ja.

Denkt u dat daar de verpleegkundige van invloed is?

Ja, de cultuur, dat zijn de verpleegkundigen zelf. En daar dat is enorm belangrijk. Ik merk, ja ik merk het ook. Dat het gewoon per afdeling verschilt. Wat, hoe een afdeling zich ontwikkelt. En dat heeft alles te maken met de cultuur die daar in heerst. Ik bedoel in hart- long zie ik duidelijk een hele innovatieve cultuur dat heeft te maken met Tjitze, maar dat heeft ook te maken met alle verpleegkundigen die daar werkzaam zijn en altijd bereid zijn om iets nieuws op te pakken. Dus dat is toch en dat is ja, daar zijn toch eenheden die hebben dat gewoon veel minder.

Ja. Maar is dat dan een uitkomst voor de patiënt of valt het dan meer onder proces of structuur?

Ja, hoe bedoel je, als het gaat om patiëntveiligheid?

Ja, als cultuur ingedeeld zou moeten worden in proces, structuur, of uitkomst?

Ja, cultuur en ik denk proces. Ja.

Ja, oké. Het volgende punt is veilig incident melden. VIM. Ja, denkt u dat daarop de verpleegkundige van invloed is?

Ja, zeker weten. Ik bedoel dat merk je nu al, door alle informatie die naar hun toe gaat, en doordat je de de mip expert, en doordat je dan ook een korte toelichting geeft waarom je zou moeten melden en wat het doel is van het incident melden dan merk je dus nu al dat mensen wat meer gaan melden.

Ja.

En ook dat is afhankelijk van cultuur je hebt nog steeds afdelingen waar heel veel gemeld wordt en afdelingen die gewoon wat minder gemeld worden. Ja.

En ziet u dat als een proces indicator of ook een uitkomst?

Nou, aan de ene kant is het proces, in feite maar ook de uitkomsten, je wilt graag heel veel meldingen, dus uitkomst.

Prospectieve risico inventarisatie?

Ja, doen we eigenlijk nog heel weinig hè, dat is dat heeft ook alles te maken met ja... Nee daar doen we eigenlijk weinig mee. Moet nog wel ontwikkeld worden. Ja.

Nou, continu verbeteren?

Nou, ik denk dat dat heel veel afdelingen continu verbeteren, ja. En dat is en dat die, nou we hebben dus we hebben nu voor de her accreditatie hebben we die meetpuntenlijst hè, die we invullen en daarin kijken we naar wat de status is op dit moment en dat er gewoon toch heel veel al in gang gezet is en dat mensen toch voortdurend aan de gang zijn om ook zaken weer te verbeteren. Maar het kan nog beter. Ja.

Daar wordt nog aan gewerkt?

Ja, daar wordt nog aan gewerkt. Iedereen is zich ervan bewust dat we dat ook steeds moeten doen dat geldt voor, dat is per afdeling verschillend dialyse is een mooie afdeling om daar daar hebben ze echt mensen die daar continu op afdelingsniveau verbeteracties aanpakken die hebben daar kleine interne audits en die pakken dan gewoon iets binnen dat zorgproces op en dat wordt dan even op gefocust en dan wordt verbeteracties ja die doen dat heel leuk ja.

Ja, dus dat is ook echt iets waar verpleegkundigen

Ja, zeker weten. Ja.

Patiëntenparticipatie? Dat is het laatste punt.

Ja.

Dat gaat over het actief betrekken van patiënten bij het patiëntveiligheidsbeleid.

Nou, dit doen we eigenlijk nauwelijks. Niet. En ook omdat het een lastige is he, je, er zijn ziekenhuizen die maken van die kaarten hè, UMCU heeft het en daar staat op dit letten op dat letten. De vraag is of je de verantwoordelijkheid bij de patiënt wilt neerleggen aan de ene kant wil je wel dat die zelf verantwoordelijk is, aan de andere kant als jij ernstig ziek bent en je wordt opgenomen dan moet je kunnen over dan moet je kunnen overlaten aan de professionals die voor jou zorgen. En als je dan alert bent terwijl je dan juist allemaal moeilijke, ingewikkelde medicatie misschien krijgt of pijnstillers als je dan gedurende alert moet zijn krijg ik nu wel de rode in plaats van de witte pillen, dan vind ik dat je verkeerd bezig bent en zolang ik hier voor mijn dagopname kom nou dan zie ik precies wat er

gebeurt. Maar dat is niet de categorie ja die kan ook wel risico lopen maar ik denk juist die mensen die ziek zijn en niet voor zichzelf op kunnen komen ze moeten het eigenlijk zo organiseren dat, dat helemaal niet meer nodig is. Maar goed dit is. En daar gaat die discussie over ik zeg niet dat we het nooit gaan doen, maar wel... Dus tot nu toe hebben die patiënten eigenlijk weinig bij betrokken wat we ook hebben gemerkt is bijvoorbeeld bij het foldermateriaal wordt de patiënt ook niet bij betrokken. Iedereen kijkt naar de folder of die goed genoeg is voor de patiënt, maar aan de patiënt zelf is het nooit gevraagd. Of ze de folder duidelijk vinden. Dus in die zin hebben we nog wel een stap te maken hoor. Ja. We hebben nu wel een cliëntenraad is omdat het verplicht is. En dus dat zijn mensen die patiënten vanuit patiëntenverenigingen dus in zo'n cliëntenraad zitten en dus ja dat is net begonnen. Ja.

Ja.

Dus in die zin hebben we wel wat gedaan.

Ja. Dus dat heeft dan eigenlijk ook, ja, dus dat is eigenlijk meer structuur dan een uitkomst?

Ja. Structuur. Ja, ja. Dan de patienttevredenheidsonderzoeken hè, dat gaat nu weer opnieuw en dat gaan we nu ook weer allemaal via internet doen via de CQ index en dat heeft natuurlijk ook even stilgelegen ook door, omdat ze een weer een ander systeem opnieuw gingen gebruiken. Voorheen deden ze dat via die zuilen, ik weet niet of je dat ooit hebt gezien? Op de poli, konden mensen zelf op die zuilen aantoezen een aantal vragen en dat waren vragen van het NVZ en ja dat bleek dus toch dat met de resultaten heel weinig gedaan werd. En nu proberen ze dat toch op een andere manier aan te pakken en ook meteen met die resultaten daar wat te gaan doen. Want daar doe je het voor. Natuurlijk met de uitkomsten en daarna om te verbeteren.

Ja, ja. Oké. En dat zou meer onder proces en uitkomsten vallen dan?

Ja.

En de verpleegkundige? Heeft die daar een rol in?

Ja, die heeft daar een hele belangrijke rol in denk ik, om ja om. Ik denk ja ja aan twee kanten, aan de ene kant proces als je de mensen ook even attendeert op wilt het alstublieft even invullen, vinden we belangrijk, ook als u thuis bent hè, bent u het alweer vergeten, vult u het dan nog even in. En aan de andere kant denk ik dat als jij goede zorg gehad hebt dat mensen... en mensen tevreden naar huis gaan dat ze misschien toch meer de neiging hebben om even te denken nou we willen dat toch nog even laten weten dus ik ga die enquête nog even invullen. Dus ja.

Oké, dan hebben we de 10 veiligheidsthema's ook van de VMS.

Ja.

De eerste is ziekenhuisinfecties na een operatie.

Ja.

Ziet u dat als verpleegkundig sensitief?

'Beïnvloedbare en zichtbare kwaliteit'

Die hebben we al een beetje gehad hé. Daar vind ik dat de verpleegkundige duidelijk een rol in hebben, eigenlijk vind ik dat ze in alle thema's en rol hebben, maargoed. Dan moet ik even denken, welke hadden we ook weer?

Sepsis noemde u ook al even.

Ja. Sepsis heb ik ook al gezegd. Daar hebben ze een duidelijke rol in, ja.

Ja. Herkenning van de vitaal bedreigde patiënt?

Ja, dat is, dat moet je echt ze hebben hier dat SIT team hè, dat heeft nu kaartjes ook gemaakt en....? En verpleegkundigen moeten ook kaartjes gebruiken, zeggen oké, dit is nu het moment om het SIT in te schakelen. Dus die hebben daar een hele duidelijke rol in. En ik denk juist als die verpleegkundige alert reageert dat het SIT team ook tijdig ook wordt ingeschakeld. En dat heeft alles te maken met dat voorkomen wordt dat de patiënt echt naar de IC moet en met alle ingrepen. Ja. Dus een duidelijke rol.

Ja en dit valt ook allemaal onder uitkomsten?

Ja, ja. Eigenlijk de meeste dingen wel. Ja.

Medicatiegerelateerde fouten?

Nou dat is misschien ook wel met proces te maken hè heeft aan de ene kant met proces te maken en waar heeft het nog meer mee te maken? Nou, eigenlijk ja, met proces.

Ja, ja.

En ja als verpleegkundige heb je daar een enorme rol in.

Ja. Onbedoelde vermijdbare schade bij de oudere patiënt?

Ja, nou daar gaan we nog een beetje op in hè, we hebben wel de werkgroep, die draait dan, maar daar gaat de verpleegkundige een hele belangrijke rol in spelen.

Ja.

En tijdens het proces denk ik dan ook hoor.

Ja. En wat voor rol zou het dan kunnen zijn?

Ze hebben bijvoorbeeld...er is een heel leuk artikel ook geweest in tijdschrift voor verpleegkunde. En dat ging over spieromvang je verliest als oudere, 65+-er als je langer dan drie dagen in bed ligt en dat is gigantisch. En dat is, dat houdt dus eigenlijk in dat als mensen dus nog in een redelijke conditie in het ziekenhuis komen dat de conditie bij een opname van veertien dagen, dat nou echt die spieromvang die kan met een percentage is enorm wat er dan afgenomen is en het vervelende is dat bij een beetje krakkemikkige oudere mensen dat het niet meer terugkomt. En dat heeft alles te maken met dat je zegt van nou we hebben een oud iemand die is moe, en niet zo lekker, nou blijf lekker nog even een uurtje in bed. Terwijl in feite al die mensen moet activeren en in feite ook ja wat ze dus eigenlijk met de kwetsbare ouderen willen ook is je wilt het in kaart brengen en de nulmeting en de, die is nog niet vastgesteld. En dus kun je ook nog niet echt goed de doelstelling vaststellen en de

bedoeling is eigenlijk dat je de functionaliteit van iemand in kaart wil brengen bij opname. Dus de ADL en dat soort zaken en dat je dus aan het eind ook meet in hoeverre dat afgenomen is. Tijdens... en daar heeft natuurlijk zo'n verpleegkundige een rol in.

Ja, ja. Sterfte ten gevolge van een acuut myocard infarct?

Nou, nou ja, we hebben toch, hebben we dat nagekeken en er bleek dus toch dat er nogal eens wat misging van vermijdbare schade doordat het protocol niet goed, niet goed geïmplementeerd was. En met name in de nacht, die controles niet goed waren, werden na twee uur gestopt, nou ja en er ligt iemand te slapen, heel herkenbaar, en je denkt van nou dat gaat wel goed, die ligt lekker rustig en om zes uur blijkt ze een hematoom te hebben, dus moet acuut naar de OK. Dus dat protocol is aangepast dus in die zin hebben verpleegkundigen wel in de bewaking een belangrijke rol. Ja dat wel, volgens mij hebben we er nog 1?

Ja, onnodig pijnlijden?

Ja, dat heb ik al gezegd hè.

Incidenten bij toedienen en bereiden van high risk medicatie?

Ja, dat is ook, hoewel dat eigenlijk grotendeels bij de apotheek ligt hoor, want ja al die gevaarlijke medicatie die wordt toch in zuurkasten enzo bereid en helemaal vol en cytostatica wordt toch in ja, en door de apotheek voorbereid. Dus daar heb je eigenlijk weinig, iets minder dan niet. Incidenteel, ja.

Het zijn natuurlijk allemaal uitkomsten eigenlijk.

Ja, zijn allemaal uitkomsten, wat ik wel zat te bedenken is dat op het moment dat het toegediend moet worden ben je toch wel verantwoordelijk. Ja. Dus in die zin ja ben je eigenlijk meer preventief om te zorgen dat er geen dingen misgaan, dan dat je dan... dat die zorg voor de patiënt beter wordt.

Ja, ja oké. Voorkomen van verwisseling bij patiënten?

Daar is dus die time-out procedure, en dat is gewoon multidisciplinair hè, dan ben je dus met de operatie assistent en anesthesie en de anesthesist en de chirurg checkt of alles aanwezig is. Ja, het zijn geen verpleegkundigen vaak.

Nee, nee. En het voorkomen van nierinsufficiëntie?

Nee en dat is eigenlijk ook een beetje een vreemde een vreemd thema, omdat blijkt dat dat toch eigenlijk heel weinig voorkomt. Omdat het toch allemaal afgedekt is door allerlei procedures, ja.

Ja, oké. Dan hebben we er al heel wat gehad. Het NIAZ hebben we dan nog.

Heel fijn. Ja, nou vertel.

Nou dat zijn allemaal die best wel op het management gericht zijn, zijn er volgens u punten bij, heeft u ze bij de hand? Waarop de verpleegkundige van invloed is?

Ja. Alles. Nou, niet alles. Dit gaat met name over, als ik kijk naar de nieuwe NIAZ, dan management van zorgprocessen weet je, ik denk dat je daar naar moet kijken, wat je daarvan vindt. Want we hebben net

een hele nieuwe... (Els zoekt nu iets op, op PC. Thema's, en dan ga je naar kwaliteitszorg, en dan ga je naar NIAZ, en dan ga je naar meetpuntenlijsten inventarisatie en daar staat hoe de lijst er een beetje uit moet zien hè, dus....inhoud, inleiding en animatie? Dus dat is het vijf, ik zal het zo even laten zien, en daar staat dus dat iedereen bekend moet zijn met de richtlijnen enzovoort enzovoorts. Maar....dan hebben we de meetpuntenlijst, dit zijn alle lijsten, dus dat is dit, en dan is het verdeeld in hapklare brokken, waarbij je dus voor de zorgeenheden meetpunten lijsten hebt, en voor raad van bestuur en de medische staf. En als we kijken naar de zorgeenheden, dan heb je er dus een aantal die met name met het leiderschap te maken hebt. Weet je, ze gebruiken dus hier binnen die NIAZ norm gebruiken ze het INK model, kennen jullie die?

Ja.

Ja, dus er zijn vragen over leiderschap, management van medewerkers, strategie en beleid, management van middelen, dit is het gedeelte wat eigenlijk van toepassing is op de verpleegkundige, het procesgerichte gedeelte. En dan heb je hier dus de waardering, medewerkers, maatschappij en patiënten, en dit is het financiële resultaat. En als je dus nu kijkt hoe die er dus doorheen lopen, heb je dus het stukje leiderschap, je hebt hier strategie en beleid, dan even kijken, management van middelen, dus geregistreerde hulpmiddelen, staan er bijvoorbeeld onder en dan kom je eigenlijk het grootste stuk van de processen, en daarin moet je eigenlijk terugvinden wat allemaal op afdelingsniveau, noodzakelijk is. Dit zijn prestatieafspraken, grip op 'processen passen in de deskundigheidsbevordering' Ik moet even kijken hoor, behandeling beperkingen individueel zorgproces, dus de overdrachtmomenten, de organisatie en ??...??. Als je daar doorheen loopt, kun je gewoon zelf ook kijken van in hoeverre verpleegkundigen daar nu ook mee te maken hebben. Maar ik kan het niet uit me hoofd allemaal doen, het is net een nieuwe norm. Dit is allemaal nog maar net vers....Maar dat kan je ook allemaal zo uitprinten en dan kan je het even doornemen. En als je dan toch nog vragen hebt, of als je er niet helemaal uitkomt, dan moet je gewoon even bellen.

Ja.

Of mailen, of dan kom je nog een keer en dan....het maakt me niet uit...

Zou je dit dan kunnen zien als structuur en dit als proces, en dat uitkomsten, kan je dat zo indelen?

Ja, ja.

Dus de eerste vier.

Dat is inderdaad het kader waarin het allemaal neergezet wordt, dat is het leiderschap, dan heb je hier de proces en dan heb je hier de resultaten. Dus de uitkomsten.

De laatste vier de uitkomsten.

Ja, ja, ja.

Dan zijn we al een heel eind.

Interview Wim van den Bosch

Dank u wel dat u met ons het interview wilt houden. Wat weet u al van ons afstudeerproject waar wij mee bezig zijn?

Vrij weinig, ik weet wel wat van magneetziekenhuizen. Ziekenhuizen willen zichzelf aantrekkelijk maken voor medische en verpleegkundig personeel zodat men graag in het ziekenhuis komt werken in plaats van dat we er aan moeten trekken, dat is het idee. Dat weet ik, komt uit Amerika hé. Ja ja, en wij willen graag een magneetziekenhuis worden, en ik weet ook dat mevrouw Kaljouw, Marjan Kaljouw daar heel druk mee is maar daar houdt mijn kennis zo ongeveer op.

Oké, nou wij zijn bezig met de uitkomsten van de patiënt, je hebt de verpleegkundige, de instelling en de patiënt en wij houden ons bezig van de kwaliteitsindicatoren, wat is nou verpleegsensitief? Dus welke kwaliteitsuitkomsten van de patiënt heeft de verpleegkundige nou invloed op. En daarom hebben we dus alle kwaliteitssystemen uitgezocht en kwaliteitsgegevens op een rijtje gezet en dan is het nu de bedoeling eigenlijk dat we gaan kijken van wat verstaat u onder verpleegsensitief en wat en bij welk van de kwaliteitsgegevens vindt u dat de verpleegkundige daar invloed op hebben.

Ja ja, oké, nou vraag maar.

Bent u bekend met verpleegsensitief, met die term?

Nee maar ik zou wel kunnen begrijpen wat je daarmee bedoelt hoor; waar ligt de gevoeligheid bij de patiënt als het gaat om verpleegkundige handelingen. Dat neem ik aan.

Ja nou, je hebt de uitkomsten en het is de bedoeling om te kijken of je uitkomst waar heeft de verpleegkundige nou invloed op dus dat ik eigenlijk meer het..

Oké. Ja ik ben zelf niet medisch en ook niet verpleegkundig qua grond dus ik weet niet wat ik je mee kan geven maar vraag maar, misschien weet ik het, misschien niet.

Nou onze vraag is ook, daar weet u misschien wel meer van, of een kwaliteitsgegevens tot een proces, structuur of uitkomst behoort.

Dat is een indeling ja.

Dus dat willen wij als tweede vraag stellen.

Ja welke wil je weten.

*Nou Ilse wil de kwaliteitsgegevens nagaan en dan per kwaliteitsgegeven wil ik van u weten of u het inderdaad denkt dat het verpleegsensitief is dus dat de verpleegkundige daar invloed op kan uitoefenen. **Maar dat zeg ik al dat..** daar weet u niet **vraag maar ik wil wel eens kijken of ik, noem maar eens wat dingen.***

We beginnen bij het NIAZ, dat bestaat uit negen kwaliteitsnormen, de eerste norm is leiderschap.

Nou het zijn negen velden eigenlijk van het INK model, de indeling die ze gekozen hebben. Ik moet je eerlijk zeggen dat ik vind dat dat meer een bestuurlijke en management-achtige indeling waar je op de werkvloer niet zoveel mee kan doen. Vooral hoofdstuk vijf is natuurlijk wel belangrijk, de processen,

daar zal je natuurlijk wel wat raakvlakken hebben. Leiderschap is denk ik toch meer een aangelegenheid van het afdelingshoofd en van de manager en van de raad van bestuur natuurlijk.

Ja, en denk u dus dat het een structuur of een proces is. Het leiderschap, of we die kunnen koppelen onder structuur of een proces. We kunnen onderscheid maken tussen structuur, proces en uitkomst.

Oh bedoel je het zo.

En als u dus leiderschap tussen één van die drie zouden moeten zetten?

Leiderschap is voor een deel proces en voor een deel structuur denk ik, het is niet uitkomst.

In ieder geval geen uitkomst. Het volgende punt is strategie en beleid.

Ja dat is ook structuur.

En bij allemaal van de NIAZ zou u zeggen van dat is niet door de verpleegkundige te beïnvloeden? Al die onderdelen van de NIAZ.

De eerste vier punten is vooral structuur, punt vijf is proces en punt zes tot en met negen is in feite uitkomst op een aantal onderwerpen dat is een grove indeling maar we hebben het nu gewoon over het INK model, als je dat wat zegt?

Ja. De eerste vier vindt u dus niet verpleegsensitief en allemaal structuur.

Ik weet niet of je structuur wel of niet verpleegsensitief zou kunnen noemen.

Dat is mogelijk.

Vijf; processen wel denk ik.

Kunt u aangeven op wat voor punten u denkt dat dat verpleegsensitief zou kunnen zijn / te beïnvloeden?

Kijk, alle processen waar je te maken hebt met een patiënt, daar merkt de patiënt natuurlijk iets van en die processen waar je als verpleegkundige om de hoek komt kijken. Er zijn natuurlijk ook een heleboel andere processen, medische processen misschien maar al die processen waar je als verpleegkundige een rol speelt, dus het uitvoeren van een verpleegkundige protocol of gewoon ook de manier waarop je omgaat met een patiënt. Nouja ik kan me voorstellen dat dat verpleegsensitief is.

De waardering door de klanten en patiënten?

Ja dat is dus daar sta je aan het eind van de keten en de klant die moet beoordelen, dan heb je een uitkomst. Dat zou de meeste verpleegsensitieve zijn denk ik van die lijst.

Ja ik heb er nog wel een vraag over, wij hebben meer uitgezocht van want de indicator is gericht op de manier waarop de instelling de wensen verwachtingen en ervaringen van klanten meeneemt in de ontwikkeling van zorgprocessen dus dat het dan meer over het management gaat, hoe zij daar mee om gaan.

Ja maar het is ook een uitkomst, dat is vaak, bijvoorbeeld een patiënttevredenheidsonderzoek, ik zeg maar wat en in een patiënttevredenheidsonderzoek wordt ook gevraagd naar wat vond u van de verpleegkundige, de bejegening en dat soort zaken dus daar moet een stukje verpleegsensitiviteit in zitten lijkt mij. Er zitten natuurlijk ook andere aspecten in en dat zie je vooral met die nummer negen,

dat is helemaal managementachtig, eindresultaten maar juist de waardering door die klanten en patiënten dat lijkt me de meest aangelegen.

De waardering door de medewerkers?

Is in zekere zin ook een uitkomst parameter maar het is meer hoe de verpleegkundige zichzelf gewaardeerd voelt door zijn superieur of door zijn collega's of door het bedrijf, het ziekenhuis dus dat lijkt me minder of niet.

Waardering door de maatschappij?

Ja daar zou indirect iets uit kunnen komen. Als een ziekenhuis gewaardeerd wordt door de maatschappij dan blijkt dat uit onderzoeken ofzo en indirect speelt de patiënt natuurlijk daarin ook een rol dus als een patiënt goede ervaringen heeft in het ziekenhuis met de verpleging zal je ook hoog scoren op dat soort onderzoek dus daar zit ook wel iets in.

Iets inderdaad, indirect. Nou de laatste heeft u al genoemd denk ik, voldoende voor ons. Het volgende systeem waar wij het over willen hebben is het veiligheidsmanagement systeem. Die bestaat in eerste instantie uit zes basiselementen. Ook wederom beleid en strategie, heeft wat overlap.

Ja dat is ook weer structuur. Dat zijn dingen die weer verder weg staan bij een patiënt en ik denk ook bij een verpleegkundige.

De volgende is de cultuur en dan gaat het voornamelijk over het creëren van een veiligheidscultuur.

Nouja, dat komt iets dichterbij. Dat is wel belangrijk. Ik denk dat patiënten dat ook wel ervaren als er een goede veiligheidscultuur heerst maar daar zou wel iets in kunnen zitten.

U denkt dat de verpleegkundige daar invloed op kan uitoefenen?

Op cultuur? Heel duidelijk. Op cultuur wel ja.

Gaat het volgens u om een proces, structuur of uitkomst?

Het is eigenlijk een eigen dimensie.

Niet in te delen.

Nee, want daar kun je ook niet een regeling voor treffen. Dat is iets wat geleidelijk aan, je kunt niet zeggen van vandaag gaan we om van heel behoudend naar een andere cultuur. Dat is iets wat moet groeien. Dat kun je niet zo gauw in één van die drie vakjes stoppen denk ik.

Het veilig incident melden.

Het is een proces als je die indeling aan wilt houden, onderdeel van een procesvoering. Indirect, daar zou je van moeten leren, daar zou de patiënt ook zijn voordeel mee moeten doen. Of dat nou meteen sensitief is, dat weet ik niet, ik geloof het niet nee.

Maar indirect denkt u dat daarin te beïnvloeden is.

Indirect wel ja.

Het volgende punt is de prospectieve risico-inventarisatie.

Ja daar geldt hetzelfde voor. Een soortgelijk iets, je probeert je proces te verbeteren. En in die volgende ook, continue verbetering.

Dus u ziet beide, prospectieve risico-inventarisatie en continu verbeteren als een proces en beide misschien indirect beïnvloedbaar.

Ja daar speel je een rol in als verpleegkundige.

De laatste is patiëntenparticipatie van de zes basiselementen.

Dat speelt niet zo in ons ziekenhuis maar dat zou, een verpleegkundige zou een patiënt kunnen aanmoedigen om bijvoorbeeld op te letten maar het wordt bij ons niet zo gepropageerd op dit moment.

Dat laatste punt niet.

Dat laatste punt niet.

Was ook weinig informatie over te vinden.

Misschien in het ook wel een beetje een discutabel punt want als je dat gaat doen kun je een patiënt ook bang maken als je voortdurend roept, je moet opletten want het kan misgaan. Dan denkt de patiënt, hoezo het kan misgaan, ik zit hier toch veilig? Dus misschien is dat de reden dat je er niet veel over hebt kunnen vinden. Ik weet ook niet of dat hoogvlucht neemt. Er zijn ook wel eens van die patiëntenkaarten verspreid, ken je die? *Nee.* Waar zes dingen op staan waar een patiënt op kan letten bij opname en tijdens opname en voor ontslag. Op pillen letten; hé ziet dit er niet anders uit dan gisteren weet je wel, dat soort dingen.

Bij de VMS horen ook de tien landelijk veiligheidsthema's die opgesteld zijn. Die willen wij ook langsgaan. De eerste is het voorkomen van ziekenhuis infecties na een operatie. En dan wederom dezelfde vragen; denkt u dat dit verpleegsensitief is/kan zijn?

Ja, er zit wel..kijk de ziekenhuishygiëne. Dit gaat over post-operatieve wondinfecties dus dit is vooral voor mensen die op de OK werken en mensen op IC maar ook mensen die misschien een wond moeten verzorgen. Dus er zal zeker wel een effect inzitten dat je daar ook als verpleegkundige effect op hebt. Niet maximaal want ik denk in de eerste plaats toch de dokter die de operatie doet en het OK personeel daar heel belangrijk zijn.

Dus toch een klein deel?

Die tel je niet, je hebt het alleen over de verpleegkundigen op de afdeling?

Voornamelijk wel, maar ik bedoel als iemand geopereerd is komt die daarna op een verpleegafdeling..

Daar moet je ook voorzichtig zijn maar het grootste risico loopt hij op de OK.

Klopt. En denkt u dat het een structuur, uitkomst of proces is?

Ja is ook proces, structuur. Structuur en proces loopt vaak een beetje in elkaar over. Het is allebei wel een beetje. Want ook een schone OK draagt daar aan bij maar een goed protocol en handen wassen is meer procesmatig en draagt daar ook aan bij.

Een combinatie van. De volgende is voorkomen van schade bij patiënten door sepsis.

Voor een deel zit je daar als verpleegkundige zeker tegenaan. Met name bij het tijdig signaleren ja. Als je daar te lang mee wacht dan wordt de schade alleen maar erger dus daar zit wel een component in.

En de tweede vraag? Structuur uitkomst of proces?

Dat is vooral proces gedreven alleen niet voor de verpleegkundigen. Dat is vooral proces gedreven op de IC. Daar moeten ze zich heel straf houden aan bepaalde protocollen om erger te voorkomen. Ze moeten een aantal handelingen bijvoorbeeld binnen zes uur doen en dan is de kans op sterfte aanzienlijk kleiner dan wanneer ze daar langer mee wachten dus dat is heel sterk proces gedreven.

De derde is vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt. En dan gaat het voornamelijk om het implementeren van een spoed interventiesysteem.

Ja daar speelt de verpleegkundige ook heel duidelijk een rol in.

En wat voor rol ziet u daarbij?

Vroegtijdig herkennen; hé ademhaling loopt terug, bloeddruk loopt op, bewustzijn valt weg dat soort.. hartslag is niet goed. Ja iedereen in de buurt van een patiënt zou alert moeten zijn als zoiets optreedt en dan ook snel dat spoed interventie team bellen.

En de structuur uitkomst of proces?

Ja dat is ook weer een structuur en proces beide. Je moet dat als ziekenhuisorganisatie zowel zoiets opzetten maar vervolgens moet je proces van signaleren en de juiste persoon bellen snel enzovoort dat is dan weer een procesaspect.

Duidelijk, de volgende, het vierde thema is voorkomen van medicatiegerelateerde fouten.

Dit speelt heel sterk voor patiënt en verpleegkundigen, gaat heel veel mis met toediening. Is de verpleegkundige oplettend en doet ze een dubbel-check met een collega erbij? Oplettendheid en volgen van protocol is proces en heel belangrijk voor verpleegkundige. Zit ook weer veel structuur bij want medicatievoorziening van ziekenhuis vraagt om goede infrastructuur. Dus proces en structuur. Maar voor verpleegkundige vooral procesmatig.

Bij dit thema gaat het om de overdracht tussen verschillende afdelingen en instellingen bij overplaatsing en dergelijke. Is het dan nog hetzelfde wat u zei?

Ja dan nog hetzelfde, is ook procesmatig.

Oké

Voorkomen van onbedoelde vermijdbare schade bij de oudere patiënt dan gaat het voornamelijk ook om kwetsbare ouderen vroegtijdig te herkennen.

Dit heeft ook te maken met oplettend zijn.

Dus een verpleegkundige taak?

Ja bijvoorbeeld als je het vermoeden hebt dat een patiënt delier ontwikkeld dat je die extra in de gaten houdt, als een patiënt ondervoed is, valpreventie is natuurlijk heel belangrijk, dus daar speelt verpleegkundige ook een belangrijke rol.

Zeker, waar behoort dit bij?

Ook weer structuur en proces. Dit werkt niet zo hoor, de meeste hangen zowel met proces als structuur samen. Voor al die dingen kun je ook wel een uitkomst definiëren. Daarom is het een beetje gek. Bij sepsis doen ze bijvoorbeeld een nulmeting en vervolgens gaan ze kijken naar een jaar of twee jaar of ze minder sterfte bij sepsis hebben, of postoperatieve wondinfecties. Het is een beetje gekke vraag. Structuur, proces zit er meestal in maar ze kijken ook naar uitkomsten natuurlijk. Bij al die drie dingen spelen die componenten een rol.

Oké, dan zullen we het niet meer vragen.

Uitkomsten kun je zo vergelijken. Voorbeeld vermindering van decubitus, is direct een uitkomst bij een patiënt. Maar bijvoorbeeld personeelsbezetting dat is meer proces. Door dat proces kun je de uitkomst weer beïnvloeden. En voorkomen van ziekenhuisinfecties kan een uitkomst zijn maar wordt natuurlijk weer beïnvloed door het proces.

Het is alle twee, je doet het proces zo goed mogelijk, structuur eromheen (ziekenhuisbreed vaak) doe je ook zo goed mogelijk organiseren en verbeter je. Maar alle tien thema's hebben als opdracht je moet de vermijdbare schade bij de patiënt met 50% verminderen in 4 jaar tijd. Bij alle is een uitkomst al gedefinieerd door de overheid. De teams die er mee bezig zijn sturen dit als het goed is. En ik weet dat sommige teams zoals sepsis er goed mee bezig zijn. Zijn heel nauwkeurig aan het monitoren of ze die bundel aanhouden. Dat is dan een procesuitkomst die ze in de gaten houden. Maar ze kijken ook naar mortaliteit. En ze kijken naar het verband als de bundel beter aangehouden wordt of de mortaliteit ook werkelijk daalt dan heb je het over uitkomst. Vermijdbare schade speelt bij alle tien thema's een rol. Dit moet je meten en verminderen. Oké?

Ja duidelijk.

De volgende is het voorkomen van sterfte ten gevolge van een acuut myocard infarct.

Ja, hangt ook weer samen met spoed interventie team. Denkt dat je ook daar een rol kan spelen als verpleegkundige zoals oplettend zijn en snel auditeren als er iets mis is.

Oké duidelijk.

Voorkomen van onnodig pijn lijden bij patiënten

Ja, dat is in eerste plaats goede medicatie geven en goede anesthesie geven. Ik weet niet in hoeverre je als verpleegkundige daarin een sterke rol spelen. Misschien het signaleren bij pijnmeting, adequaat handelen als je ziet dat patiënt pijn heeft en niemand neemt actie, dat je actie neemt, dus ik zie daar wel een rol voor verpleegkundige

Voorkomen van incidenten bij het bereiden en toedienen van high-risk medicatie

Beperkt, dat zijn maar een paar afdelingen zoals infuuskamer en nucleaire geneeskunde waar dit optreedt.

Voorkomen van verwisseling van en bij patiënten

Ja daar kan je als verpleegkundige zeker een rol in spelen. Je moet niet de verkeerde patiënt naar de OK brengen. En binnen de OK is het natuurlijk belangrijk dat ze bijvoorbeeld het goede been of de goede nier opereren, verwisseling van lichaamsdelen rechts links is belangrijk maar dat is meer voor OK.

Maar wel een deel voor de patiënt(verpleegkundige?) inderdaad de oplettendheid

Nou ja, zeker als het gaat voor het wegbrengen voor de patiënt. En sowieso als je medicatie toedient moet je de goede meneer Jansen zijn medicatie geven, en dan niet meneer Piet Jansen maar Peter Jansen, ik zeg maar wat hé, goed opletten dat het niet verwisseld wordt.

Laatste is voorkomen van nierinsufficiëntie bij gebruik van contrastmiddelen en medicatie.

Beperkt.

Beperkt?

Het is sowieso, er is weinig winst te behalen. Het speelt op radiologieafdeling alleen, waar ze beelden moeten maken en moeten inspuiten. Dit is iets voor de assistente daar. Dus beperkt, ook in omvang.

Prestatie-indicatoren

Decubitus

Ja, zeker heb je invloed op. Je moet in de gaten houden en ik weet niet wat voor maatregelen je allemaal moet nemen, maar is wel heel duidelijk een verpleegkundige taak om het in de gaten te houden.

Ondervoeding

Hebben we het al overgehad. Speelt ook wel een rol denk ik. Vooral bij de intake. Het in de gaten houden om mensen ondervoedt zijn. We hebben nu ook een tbd bijgehouden als het goed is. Dus bij de intake doe je dat als verpleegkundige allemaal.

Medicatie

Ja hebben we net al overgehad.

We hebben hier wel bijstaan. Bij deze prestatie-indicator wordt nagegaan of het ziekenhuis werkt met volledig ingevulde aanvraagformulieren, dit om medicatiefouten met cytostatica zo veel mogelijk

Dit is dan weer beperkt, dit doet de apotheek. Als het daar over gaat is het beperkt.

Inderdaad bij de prestatie-indicatoren meet soms wat anders dan de titel doet verwachten. .

Ja dat is waar, met dat verhaal erbij is het de apotheek.

'Beïnvloedbare en zichtbare kwaliteit'

Zorg-ICT

Is heel duidelijk structuur.

Ziekenhuisinfecties, o daar hebben we het al over gehad.

Hier staat wel bij doel bij de deze prestatie-indicator is optimalisatie van het infectiepreventiebeleid. Dus dit gaat over ziekenhuisinfecties registreren, analyseren en terugkoppelen.

Dat is voor ziekenhuishygiënist. Minder voor verpleegkundigen denk ik.

Complicatieregistratie

Nee, is voor de arts

Pijn na een operatie

Hebben we het al over gehad

Volume van risicovolle interventies

Nee, structuur

Ja dit gaat ook meer over een arts bij operaties

Colorectale operaties

Ook niet

Afgezegde operaties

Ook niet

Intensive care

Nee

Zwangerschap

Nee dit gaat over de VOKS-schaal.

Ja, klopt

Diabetes Mellitus

Ook niet, 'k geloof dat ze hb1 waardes opvragen en oogcontroles, en dit gaat buiten verpleegkundigen om.

Cardiologie

Dit is meer sterfte in het jaar na het eerste consult op polikliniek cardiologie

Nee, dit ook niet. Dit is wel een uitkomst parameter.

Ja, dat is waar, wat de sterfte is in het jaar.

CVA is proces parameter, hoe snel je trombolyseert en welk percentage van alle.

Ja, dat is proces, je moet proces zo inrichten dat je op tijd mensen trombolyse toedient.

Heupfractuur

Dat is de arts die op tijd moet ingrijpen, de organisatie die op tijd patiënt behandelt. Kun je als verpleegkundige minder mee.

'Beïnvloedbare en zichtbare kwaliteit'

Ja, want dat is eigenlijk de tijd tussen moment van opname en moment van operatie.

Mammacarcinoom ook niet, dat is hoeveel je wegsnijdt en hoe vaak je terug moet komen, cataract ook niet

Kinderchirurgie

Ook niet

Ja dat is de opnameduur ja.

Evalueren van functioneren medisch specialisten

Nee

Ja dat is ook vanzelfsprekend.

Dan hebben we nog de LPZ

Dat weet ik dat ze dat doen. Sommige aandachtsvelden zijn opgeleid voor hé... Dat is voor decubitus hé.

Decubitus, incontinentie, ondervoeding, smetten, vallen en fixatie

Alleen konden we nergens vinden wat ze nu precies meten.

Het wordt eens per jaar komt de LPZ als de ziekenhuis dat zelf wenst.

Ik weet alleen decubitus vanwege de prestatie-indicator. Zou je even bij de swiftverpleegkundige moeten vragen.

Swift?

Incontinentie, wond, decubitus, stoma

Nee, ik geloof Swid.

Stoma, wond, incontinentie en decubitus.

Oké, dat kunnen we dan zeker doen

PTO hebben we nog.

Ja, daar is natuurlijk een club die dat eens per jaar afneemt en dat evalueert. Daar wordt gevraagd over de tevredenheid over de verpleging. Daar zie je het op zo'n manier terug. In zekere zin is het een uitkomst van tevredenheid van de patiënt. Vooral over tevredenheid over hoe ben ik bejegend en behandeld door de verpleging. Daar zit dus weer een aanknopingspunt.

Dus een deel, want er zijn natuurlijk ook andere vragen.

Een hele lijst zeg.

Ja, zijn er veel!

We willen naar aanleiding van deze interviews en informatie die we zelf verzameld hebben een verpleegsensitieve dataset maken en willen gaan kijken naar hoe vaak wordt het verzameld, waar en door wie wordt het verzameld. Ik weet niet of we u t.z.t een email kunnen sturen of u daar antwoord op zou kunnen geven.

Je hebt al gemerkt dat ik er niet veel van weet.

Ook niet door wie en hoe vaak het wordt verzameld?

Dit soort informatie wordt eigenlijk... Als je het over de prestatie-indicatoren hebt, dat wordt door één persoon verzameld door Saskia Hanemaaijer.

Maar ik geloof niet dat er ergens een bureautje is wat sensitieve data registreert, want zo werkt het natuurlijk niet.

Nee maar ik bedoel, we gaan een dataset samenstellen uit de kwaliteitsgegevens. Dan gaan we kijken per kwaliteitsgegeven van waar wordt het verzameld en door wie. Dus al zouden ze morgen moeten beginnen met het magnet-model dat ze precies weten waar is het te vinden en hoe vaak wordt het gemeten.

De prestatie-indicatoren zit bij één persoon belegd. Die tien projecten doen de projectgroepen.

Dat in kaart brengen dat wordt eens in de vier jaar getoetst door NIAZ, die negen punten. Eens in de vier jaar wordt geëvalueerd in de zelfevaluatie. Dit jaar is dat weer. Moeten een zelfevaluatie schrijven om geheraccrediteerd te kunnen worden. Dan heb je al behoorlijk wat van je punten.

Oké

Kunnen jullie er wat mee?

Jawel hoor, zeker.

U zegt inderdaad Saskia Hanemaaijer verzameld de gegevens prestatie-indicatoren. De vraag is ook of wij van de afgelopen twee jaar waar de cijfers van zijn dit kunnen vergelijken. Weet u wie die cijfers verwerkt. Of is dat inderdaad ook Saskia?

Er is niet één cijfer hoor. Kijk we maken een rapportage en die komt jaarlijks op internet. De inspectie publiceert per jaar ook de uitkomst dus daar zou je naar kunnen kijken. Die andere is wat lastig denk ik, dan zou je projectleiders af moeten gaan lopen van hoever ben je en wat heb je, dat is bijna niet te doen. En zoals gezegd voor NIAZ nou goed, aan het eind van het jaar hebben we de zelfevaluatie kun je zien hoe we scoren op 241 meetpunten overigens. Dus als je nog ergens je tijd in wilt steken?

Oké, bedankt!

Hebt u nog vragen?

Nee, het is wel duidelijk!

Bijlage 8: Verklarende woordenlijst

Magneet ziekenhuis/ Magnet Hospital; In dit onderzoek wordt met een Magneetziekenhuis een ziekenhuis bedoeld, dat voldoet aan de in Amerika gestelde eisen om dit certificaat te verkrijgen.

Verplegen; In dit onderzoek wordt onder *verplegen* verstaan; *verplegen* is de diagnose en interventie bij menselijke reacties op feitelijke en potentiële gezondheidsproblemen. (R. van der Peet, 2004, vertaald van American Nurses Association)

Kwaliteit van zorg; Onder kwaliteit van zorg wordt in dit onderzoek verstaan; De eisen die gesteld zijn door de Inspectie voor Gezondheidszorg, beschreven in de Kwaliteitswet Zorginstellingen. *“De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.”*(Kwaliteitswet 1996, artikel 2)

Kwaliteitsgegevens; Onder *kwaliteitsgegevens* worden in dit onderzoek de kwaliteit van ziekenhuiszorg, de patiëntveiligheid, de patiëntvriendelijkheid, de personele organisatie, de financiële positie en de kwaliteitssystemen van de instellingen verstaan. (www.ziekenhuistransparant.nl datum van raadplegen; 02-03-'09)

Kwaliteitsindicatoren; Onder *kwaliteitsindicatoren* wordt in dit onderzoek het volgende verstaan; *“Een indicator is een meetbaar aspect van de zorg dat een aanwijzing geeft over de kwaliteit van zorg.”*
(Colsen en Casparie (1995) Er zijn verschillende indicatoren te noemen, waaronder valindicatoren.

Prestatie Indicatoren; Onder *Prestatie indicatoren* wordt in dit onderzoek *“Een prestatie-indicator is een ‘meetlat’ waarmee een indicatie van de kwaliteit van de zorg kan worden verkregen”* verstaan.