

De kwaliteitsbriljant

Instrument maakt kwaliteitswinsten in de zorg transparant

In VU medisch centrum (VUmc) is de kwaliteitsbriljant ontwikkeld. Dit is een model dat kwaliteitswinsten zichtbaar maakt. Met het model zijn beslissingsprocessen om verbetertrajecten te starten goed te ondersteunen. Maar vooral is de kwaliteitsbriljant een instrument dat professionals aanspreekt en stimuleert tot daadwerkelijke kwaliteitsverbeteringen.

Inleiding

Een kosten-batenanalyse is de zakelijke rechtvaardiging van een kwaliteitsproject. Het beschrijft de baten van een verbetertraject en zet deze af tegen de kosten. Daarbij is vaak een onderscheid te maken tussen financiële en kwalitatieve kosten en baten. De keuze voor het model dat gebruikt wordt bij het maken van de kosten-batenanalyse is mede bepalend voor de uitkomsten van de analyse.

Het *businesscasemodel* richt zich vooral op de financiële kosten en baten van een verbeterproject. Uitgangspunt is het huidige kostprijsprofiel en het profiel na invoer van de verbeteringen. Om dit model toe te kunnen passen is naast bedrijfseconomische kennis ook inzicht in kostprijsmodellen vereist. Artsen en verpleegkundigen ontberen deze kennis en dit inzicht nog wel eens en hebben daardoor moeite met het toepassen van het model. Dat kan leiden tot verkeerde berekeningen en conclusies. De kwaliteitsbrijlant is een model dat aansluit bij de kennis en belevingswereld van artsen en verpleegkundigen en kan zo een brug slaan tussen kwalitatieve verbeterprojecten en de zakelijke onderbouwing daarvan. Door op een inzichtelijke wijze de relatie te leggen tussen kwaliteit en kosten, kan de organisatie beter onderbouwde keuzes maken.

Sneller Beter

Met het actieprogramma Sneller Beter (dat liep van 2003 tot eind 2008) wilde het ministerie van VWS transparantie, doelmatigheid en kwaliteit in de curatieve zorg stimuleren. In drie rondes hebben 24 ziekenhuizen eraan gewerkt om versneld verbeteringen in de patiëntenzorg (onder andere op het gebied van veiligheid en logistiek) door te voeren. De eerste acht Sneller Beter-ziekenhuizen zijn begonnen met het afzetten van kwaliteitsverbeteringen tegenover kosten en baten. VUmc was één van die eerste acht ziekenhuizen en startte in 2005 met tien Sneller Beter-projecten. Het inzichtelijk maken van de resultaten in de vorm van SMART gedefinieerde indicatoren is een belangrijk onderdeel van het succes van de Sneller Beter-projecten. Daarnaast was er een tool beschikbaar om de financiële effecten in kaart te brengen: de businesscase. Tijdens het werken met de businesscase bleek binnen VUmc echter al snel dat dit instrument voor niet-financieel geschoolden lastig te hanteren is. De teams van zorgverleners zagen de puur financiële onderbouwing als een verplicht onderdeel van het project waar ze graag zo snel mogelijk van af wilden zijn. Het motiveerde de teamleden niet om hun energie te steken in kwaliteitsverbeteringen. Er bleek vooral behoefte te bestaan aan een instrument waarmee zij naast de financiële ook de kwalitatieve kosten en baten in kaart konden brengen.

In minder dan 50 woorden

- In VU medisch centrum is een kwaliteitsmodel ontwikkeld in het kader van Sneller Beter.
- De kwaliteitsbrijlant brengt niet alleen de financiële kwaliteitswinst in kaart, maar ook de proces-, gezondheid-, service- en organisatiewinst.
- Dit model sluit beter aan bij de kennis en belevingswereld van artsen en verpleegkundigen.

Kosten-batenanalyse

Aan zes Sneller Beter-teams is toen de opdracht gegeven om een kwalitatieve en financiële kosten-batenanalyse te maken, gebaseerd op het model van de businesscase. Elke groep in deze pilot kreeg daarbij ondersteuning van een stafadviseur zorg en een stafadviseur bedrijfsvoering. De uitgewerkte kosten-batenanalyses zijn geanalyseerd door de controller. Uit de analyse van de pilot kwam naar voren dat de teams de financiële kosten veelal te laag en de extra inkomsten veelal te hoog inschatten. De kwalitatieve kosten en baten lieten echter een veelheid aan invalshoeken zien. Het was ook duidelijk dat hier met meer enthousiasme aan gewerkt was.

Uit de ervaringen in deze pilot kwamen drie vragen naar voren:

1. welke kwalitatieve kosten en baten kunnen we onderscheiden in een (universitair) medisch centrum?
2. vanuit welke perspectieven zou je deze dimensies moeten beoordelen?
3. welke rol heeft een kwalitatief kosten-batenmodel in de procedure van kwaliteitsprojecten?

Dimensies van kwaliteit

In de gezondheidszorg is het inmiddels gemeengoed dat alleen sturen op financiële resultaten de kwaliteit van de zorgverlening ernstig kan ondermijnen. Het Vlaams Nederlands Netwerk Klinische paden heeft een indicatorenkompas ontwikkeld dat goede aanknopingspunten biedt voor het onderscheiden van verschillende kwaliteitsdimensies: financiële, klinische, service-, team- en procesindicatoren.

Het gaat bij kwaliteit ook om andere aandachtsgebieden:

- professionele resultaten zoals genezing, kwaliteit van leven, minder complicaties;
- organisatorische resultaten zoals goede patiëntenlogistiek, ketenzorg, gecoördineerde zorg;
- relationele aspecten zoals bejegening, tevredenheid, informatie geven.

Kwaliteit is een relatief en normatief begrip. Winst voor de één, kan verlies betekenen voor de ander. Het gaat erom te beoordelen of de zorg die uitkomsten oplevert die redelijkerwijs verwacht mogen worden. Daarbij zijn verschil-

lende perspectieven in het geding. Een zorgprestatie is een abstract begrip. De concrete invulling zal per betrokken actor verschillen. Wie zijn nu die actoren in een (universitair) medisch centrum?

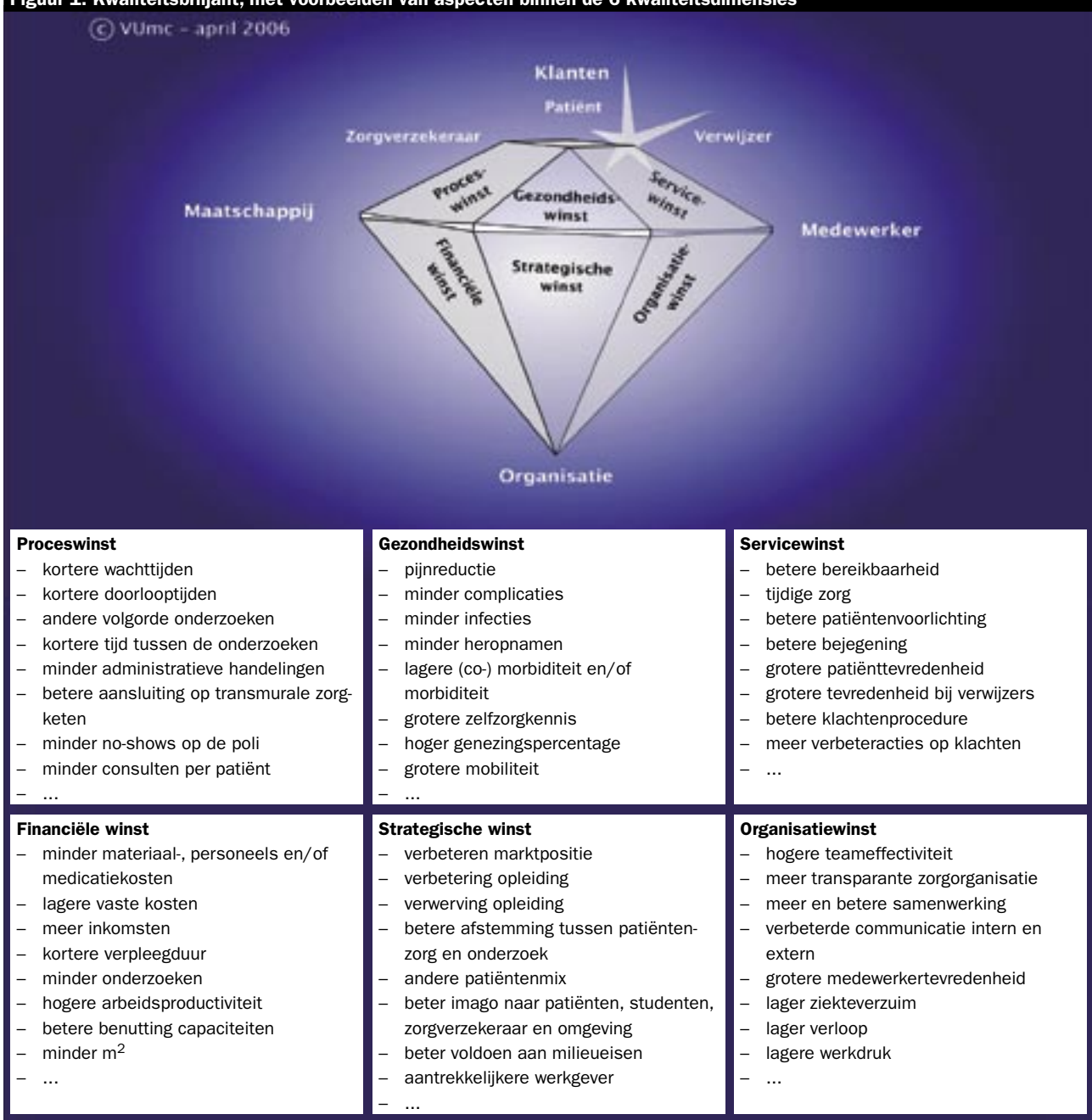
Van der Wal en Wagner noemen er vier: patiënten, professionals, financiers of verzekeraars en de samenleving zoals bijvoorbeeld verwoord door politici. Walburg vat de resultaatgebieden uit het INK managementmodel op als vier actoren: waardering door respectievelijk klanten, medewerkers, maatschappij en bestuur. Øvretveit komt uit op zes groepen die belang hebben bij kwaliteit: patiënten, professionele hulpverleners, managers, overheid/politici, de media en onderzoekers/ wetenschappers.

De kwaliteitsbriljant

Uit literatuurstudie en uit de ervaringen in de pilot identificeren we uiteindelijk zes aansprekende dimensies waarop kwaliteitswinst valt te behalen in een medisch centrum:

1. proceswinst;
2. gezondheidswinst;
3. servicewinst;
4. organisatiewinst;
5. strategische winst;
6. financiële winst.

Figuur 1. Kwaliteitsbriljant, met voorbeelden van aspecten binnen de 6 kwaliteitsdimensies



Elke dimensie is vanuit de optiek van één of meerdere actoren te bezien. Belangrijkste actoren voor een medisch centrum zijn:

1. de patiënt;
2. de medewerker;
3. de organisatie;
4. de maatschappij/zorgverzekeraar.

Daarmee was de kwaliteitsbriljant geboren. (zie figuur 1). De briljant is te zien als een model van de werkelijkheid, waarbij de verschillende belangen van de verschillende actoren met kwaliteitswinsten in kaart kunnen worden gebracht. Werken met de kwaliteitsbriljant geeft vervolgens een overall beeld van de te behalen winsten op alle aandachtsgebieden (inclusief het financiële gebied, als één van de zes).

De briljant: belangrijk onderdeel van elk kwaliteitsproject

Maatregelen die de kwaliteit vergroten kunnen tot extra werkdruk leiden op de werkvloer zoals op een polikliniek, een verpleegafdeling of een OK. Om kwaliteitswinsten te kunnen realiseren zijn soms specifieke kosten of investeringen noodzakelijk. In de Sneller Beter-systematiek leggen we de te bereiken doelen in SMART gedefinieerde indicatoren vast. Maar ook de kosten/verlieskant van elke dimensie voor de verschillende actoren brengen we in de beginfase van het project in kaart. Daarom doorloopt een team in de beginfase van elk kwaliteitsproject de hele briljant. Als blijkt dat er ook kwaliteitskosten zijn, zoals bijvoorbeeld een hogere werkdruk, dan kan dat betekenen dat er extra formatie nodig is. Deze aspecten moeten we dan meenemen in de nulmeting.

De briljant in de stappen van een project

De kwaliteitsbriljant is direct in de eerste verkennende fase van een verbeterproject te gebruiken om meer inzicht te krijgen in de voorlopige doelen en de mogelijke prestatie-indicatoren. De bedoeling daarbij is om bij de start van een project geen al te sterke focus te leggen op de financiële kosten en baten. Dat is immers lang niet altijd wat artsen, verpleegkundigen en andere professionals motiveert om aan een project mee te doen.

In de verkennende fase scherpen we vervolgens de doelen van het project en de indicatoren aan en maken we een eerste globale financiële kosten-batenanalyse om te bepalen welke besparingen mogelijk zijn en of investeringen nodig zijn. De volgende stap is een nulmeting: wat zijn de doorlooptijden nu, wat is het huidige percentage infecties, hoeveel administratieve handelingen zijn nu nodig, etc. Vervolgens maakt het projectteam de doelen en indicatoren definitief; met hulp van een financiële beleidsmede-

werker maken we een uitgebreide financiële kosten-batenanalyse.

Als uit deze financiële kosten-batenanalyse blijkt dat het project een besparing kan opleveren, stellen we ook een verzilveringsplan op als vast onderdeel van de procedure (hoe realiseren we de besparingen daadwerkelijk in de praktijk?), en een bestemmingsplan (waar gaan de bespaarde euro's naar toe?). Projecten die tot kostenverhogingen gaan leiden of een extra investering nodig hebben, zullen in hun projectplan moeten opnemen waar het extra budget vandaan komt.

De kwaliteitsbriljant in de praktijk

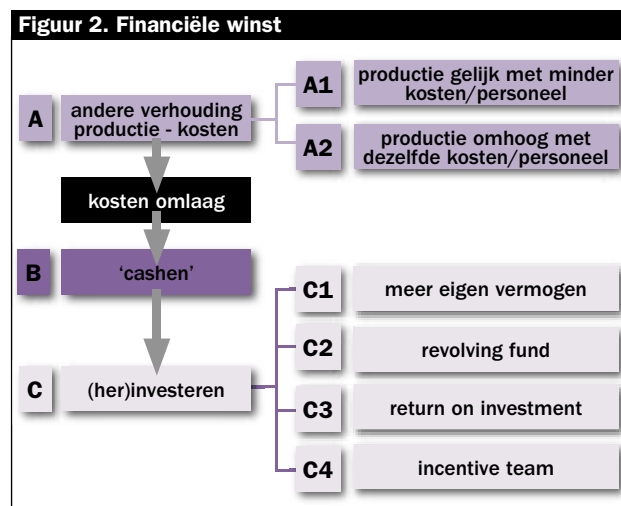
Wat levert het werken met de kwaliteitsbriljant een (project)team van artsen, verpleegkundigen en andere betrokkenen nu op? In VUmc starten jaarlijks nieuwe multidisciplinaire teams met de ontwikkeling van zorgpaden. De themabegeleiders zorgpaden en de stafadviseurs bedrijfsvoering ondersteunen de huidige 16 nieuwe teams ook in het maken van de kosten-batenanalyse.

Ervaringen van teams zijn:

- potentiële kwaliteitswinsten in kaart brengen en integraal naar kwaliteit kijken;
- doelstellingen, indicatoren en dus ook de nulmeting aanscherpen;
- daarmee sturen op kwaliteitsverbetering;
- sturen op de dimensie 'financiële winst' (zie figuur 2).

Resultaat

De resultaten binnen VUmc met de kwaliteitsbriljant zijn zo succesvol dat niet alleen de medische en verpleegkundige professionals, maar bijvoorbeeld ook afdelingen als personeel & organisatie met de briljant aan de slag zijn gegaan. Daarnaast wordt de kwaliteitsbriljant nu ook ingezet als



ONDERZOEK

Voorbeeld kosten-batenanalyse zorgpad longembolie

De belangrijkste wijziging bij het nieuwe zorgpad is de veranderde diagnostiek. Deze diagnostiek wordt uitgevoerd conform de interne VUmc-richtlijn en CBO-richtlijn. De kostenaspecten van de veranderde diagnostiek zijn in 2005 uitgebreid uitgezocht door onderzoekers uit Leiden (Van Strijen et.al, Ned Tijdschrift voor Geneeskunde 2005; 149:568-76.)

Andere diagnostiek...

De faciliteitenkosten van de vroegere diagnostiek op een groep van 500 patiënten met verdenking van longembolie waren X,- per patiënt, de kosten die nu worden gemaakt zijn Y,- per patiënt. Per jaar zijn er 500 patiënten met verdenking longembolie die deze diagnostiek krijgen, dus: 500 patiënten x (X - Y) is: 77.500 minder kosten.

...daardoor hoeven patiënten niet meer opgenomen, waardoor minder ligdagen

Er werden in 2006 114 patiënten met verdenking PE gedurende de dienst opgenomen, omdat de VQ-scan niet in het weekend beschikbaar was. 38 hadden longembolie, dus 76 patiënten waren onterecht opgenomen. Gemiddeld lagen deze patiënten 3 dagen op de afdeling. Dus 76x3 is 228 dagen extra. In overleg met het management wordt bepaald hoe deze financiële winst zal worden ingezet.

Proceswinst

Diagnostisch traject korter

Snellere uitslag (kortere tijd tussen onderzoeken)

Ziekenhuisopname voor longembolie is 100% juist

Gezondheidswinst

Snellere juiste diagnose

Minder overbodige behandeling (met daarbij kans op risico's)

Servicewinst

Grotere patiënttevredenheid door betere informatie, snellere diagnostiek

Organisatiewinst

Meer transparante zorgorganisatie

Alle specialismen hetzelfde diagnostische traject

Strategische winst

Beter imago naar patiënten/zorgverzekeraar/huisartsen

Financiële winst

Materieel winst door lagere kosten diagnostiek

Geen onnodige ziekenhuisopname; minder ligdagen

instrument bij investeringsbeslissingen of beslissingen m.b.t. de uitbreiding van productie.

De briljant is in twee jaar tijd geëvolueerd van een ruwe diamant tot een fraai geslepen briljant. Een briljant is een geslepen diamant met 8 slijpvlakken en 57 facetten. In het model zijn nu 6 slijpkanten benoemd die vooral gelieerd zijn aan de patiëntenzorg. Daar zouden in de toekomst ook de twee andere kerntaken van een universitair medisch centrum aan toegevoegd kunnen worden: kwaliteitsaspecten van onderzoeksprojecten én van onderwijs- of opleidingsprojecten.

Literatuur

Steinbusch Paul c.s., *Beter en toch goedkoper*, Medisch Contact, 24 november 2006, 61 (47): pp. 1892-1894; Berg, Marc e.a., *Businesscase voor kwaliteit. Kostenbeheersing door maximale inzet op verbetering van kwaliteit van zorg*, IBMG Erasmus MC, Rotterdam, 2006.
Goossens, Peter en Van Kampen, Ben, *Het klinisch pad*, Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 2002, nr. 2.
Wagner C., Wal G. van der en Tuijn S., *Patiëntveiligheid in Nederland. Verbeterinitiatieven en innovaties in de zorg*, Koninklijke

Van Gorcum, Assen, 2005.

Walburg J. A., *Kwaliteit en gezondheidszorg*, Bestuurskunde, jrg 8, nr 6, pp. 268-280
Øvretveit John, *Evaluating Health Interventions*, Open University Press, Maidenhead, 1998

Auteurs

Mw. E.M. Bijvank MM, hoofd bureau kwaliteit VUmc, Amsterdam.
Dhr. drs. H.H.J. Fransen † senior adviseur strategie & beleid, Vumc, Amsterdam. Mw. drs. I. Wanders, senior controller VUmc, Amsterdam.

Contact: em.bijvank@vumc.nl

Met dank aan alle medewerkers van VUmc die een bijdrage hebben geleverd aan de ontwikkeling van de kwaliteitsbriljant.

Dit artikel is eerder verschenen in Best practices zorg nr. 2-2009.