

Kwaliteit van zorg in een maatschappelijk perspectief

Maatschappelijk verantwoord ondernemen als onderdeel van kwaliteitsbeleid

Gepubliceerd in Kwaliteit in Zorg, mei 2012

Koot J.A.R.
Jansen, J.

Kwaliteit van zorg past binnen het denken over maatschappelijk verantwoord ondernemen (MVO), wanneer de uitkomsten van het zorgproces voor de gebruiker centraal worden gesteld. Kwaliteitsmanagers kunnen binnen zorginstellingen het MVO proces versterken.

Van kwaliteit van zorg naar kwaliteit van leven

In het publieke debat over de kwaliteit van zorg wordt er meer en meer op aangedrongen om de maatschappelijke uitkomsten van zorg voorop te plaatsen. Een duidelijk voorbeeld hiervan is het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) Sturen op Gezondheidsdoelen (1). In dit advies stelt de RVZ dat de focus op kwaliteit moet verschuiven van verrichtingen naar uitkomsten van het zorgproces. Onlangs reageerde minister Schippers positief op de aanbevelingen (2). Een tweede voorbeeld is een werkconferentie die de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) in november 2011 organiseerde met het werkveld, waar de deelnemers aanbevelingen formuleerden voor een toekomstbestendig kwaliteitsbeleid (3). Ook hier werd voorgesteld de focus meer te leggen op uitkomsten van het zorgproces en minder op uitvoering van procedures in de zorg. Als derde voorbeeld noemen wij het debat over kwaliteitsindicatoren voor de zorg in het Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG) van februari 2012, waarin onder andere Diana Monissen van zorgverzekeraar de Friesland een lans breekt voor meer aandacht voor de uitkomsten van zorg voor de patiënt (4).

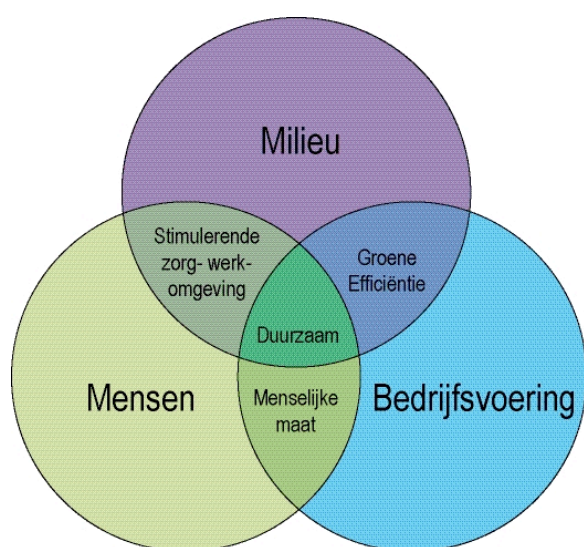
In de huidige tijd van economische crisis komt ook de discussie over waar-voor-je-geld in de zorg op gang. De immer stijgende kosten moeten beteugeld worden, zonder dat er compromissen aan de kwaliteit worden gedaan.

Belanghebbenden in de zorg zoals patiënten, zorgverzekeraars en overheid spreken van kwaliteit in de zorg, als deze bijdraagt tot kwaliteit van leven van de patiënt en hem of haar helpt zo goed mogelijk te participeren in het maatschappelijke leven. Zorgaanbieders zijn veel terughoudender en kijken liever naar het zorgproces; er zijn geen garanties voor succes en ook goed uitgevoerde behandelingen of interventies resulteren niet altijd in genezing of betere gezondheid en kwaliteit van leven. En andere zaken, niet op het gebied van zorg, dragen bij aan de ervaren kwaliteit van leven. Het is voor kwaliteitsmanagers positief (maar soms ook spannend) wanneer andere partijen hun ideeën over de beste indicatoren voor kwaliteit van zorg naar voren brengen. Kwaliteitsmanagers kunnen vanuit hun expertise een bijdrage leveren aan het publieke debat over kwaliteit in de zorg.

Maatschappelijke Verantwoord Ondernemen

Recent is de discussie over het maatschappelijk belang van de zorg ook vanuit een andere hoek op gang gekomen. Vier organisaties (ZonMw, Milieu Platform Zorgsector-MPZ, MVO Nederland en het gezondheidsinstituut NIGZ) hebben in september 2011 de routekaart Nu Zorg(en) voor

Morgen gepubliceerd (5), waarin zij maatschappelijk verantwoord ondernemen (MVO) in de zorg nader definiëren en goede voorbeelden uit de praktijk presenteren. Deze routekaart was het resultaat van een jaar voorbereiding en studie door de vier organisaties. In zijn algemeenheid streeft MVO ernaar waarde toe te voegen voor klanten, voor medewerkers, en voor de omgeving. In de winst- en verliesrekening van het bedrijf worden op maatschappelijke lusten en lasten meegenomen. In voorbereidende conferenties (september 2010 en april 2011) werd het bekende Triple-P-model voor maatschappelijk verantwoord ondernemen (People, Planet en Profit, ofwel Mensen, Milieu en Bedrijfsvoering) ingevuld voor de zorgsector.



Figuur 1 Triple-P model en de gezondheidszorg

Het Triple-P-model in de zorgsector kent de volgende elementen:

Mensen: de behoeften van de persoon die zorg nodig heeft meer centraal stellen en zelfredzamer maken, meer aandacht geven aan kwaliteit van leven en (behoud van) gezondheid in plaats van aan ziekte. Daarnaast meer aandacht geven aan strategisch personeelsbeleid in de zorg (inzetbaarheid, arbeidssatisfactie, diversiteit);

Milieu: toewerken naar energiebezuiniging, zuinig gebruik van grondstoffen, efficiëntere verkeersmobiliteit, duurzame inkoop en zorgvuldig beleid m.b.t. afvalstoffen;

Bedrijfsvoering: meer aandacht voor integraal economisch en duurzaam voorraadbeheer (grondstoffen, materialen en kennis) in plaats van alleen kosten-batenanalyses.

Kenmerkend voor MVO is het verbinden van elementen. Door Milieu en Mensen te verbinden wordt een stimulerende zorg- en werkomgeving ('healing environment') gecreëerd, waarin aandacht is voor de invloed van gebouwen, groen, voeding, licht, e.d. op patiënten en personeel. Door Mensen en Bedrijfsvoering te verbinden krijgt menselijke maat meer aandacht, en wordt welzijn en gezondheid van de patiënten en welzijn en motivatie voor personeel bevorderd. Door Milieu en Bedrijfsvoering te verbinden ontstaat meer aandacht voor groene efficiëntie, inkoopbeleid, energiebeleid, afvalverwerking en hergebruik. De drie elementen tezamen en hun onderlinge verbindingen leiden tot duurzame gezondheidszorg, die ook in de toekomst op efficiënte en doelmatige wijze kan werken voor de bevolking, zonder het milieu te belasten of verliesgevend te zijn.

Convergerende ideeën

Het is niet toevallig dat het publieke debat over kwaliteit en maatschappelijke effecten van zorg en de discussie over maatschappelijk verantwoord ondernemen in de zorg, zoals hierboven geschetst, opmerkelijke parallellen vertonen. Steeds luider wordt de vraag gesteld: biedt de gezondheidszorg nu en in de toekomst waar voor ons geld? Wegen de kosten op tegen de opbrengsten?

Ondanks de economische crisis is de zorgsector de enige sociale sector waar de budgetten blijven stijgen. Elk jaar stijgen de zorgkosten en zijn er financiële tegenvallers. Er worden dan pijnlijke maatregelen voorgesteld om het gat in de zorgbegroting te dekken. Tegelijkertijd komen er steeds meer signalen dat de benodigde zorg – als het budget al beschikbaar is – niet meer kan worden geleverd door een tekort aan (deskundig) personeel. Dat personeel is teveel tijd kwijt aan bureaucratische verantwoording en wordt teveel van bovenaf gestuurd. Hierdoor nemen de tevredenheid en de inzetbaarheid van het personeel af, heeft de sector een negatief werkgevers-imago en komen zorg-op-maat en de kwaliteit van de zorg onder druk te staan.

De waar-voor-je-geld discussie gaat nu verschillende kanten op. Marktwerking wordt door een deel van de beleidsmakers gezien als een sterk mechanisme voor kwaliteitsverbetering. Selectief inkopen door zorgverzekeraars geldt als een methode om kwaliteit van zorg te verbeteren en tegelijkertijd kosten in de hand te houden. Concurrentie kan als een sterke impuls voor kwaliteit werken, als kritische consumenten zorgaanbieders vrij kunnen kiezen. Anderen hebben minder vertrouwen in marktwerking als drijvende kracht voor kwaliteitsverbetering. Kunnen zorgverzekeraars wel selectief inkopen en gedragen patiënten zich wel als kritische consumenten? En leidt dit tot een beheersing van de uitgaven aan zorg? Zij kiezen voor collectieve kwaliteitsdoelen en indicatoren.

De MVO benadering in deze discussie verbindt de financiële kosten-baten analyse met de maatschappelijke kosten-baten analyse. Juist de zorgsector levert een forse economische bijdrage aan de maatschappij omdat deze ertoe bijdraagt dat mensen langer en gezonder maatschappelijk actief zijn. Een MVO benadering kan dat maatschappelijke rendement nog vergroten. MVO levert ook een financieel rendement voor de zorgsector op de langere termijn, bijvoorbeeld door vermindering van het ziekteverzuim van medewerkers, door vermindering van gebruik van duurdere vormen van zorg door patiënten of door vermindering van kosten voor afvalverwerking.

Milieu en kwaliteit van zorg

De routekaart Nu Zorg(en) voor Morgen bevat tientallen voorbeelden van maatschappelijk verantwoord ondernemen in de zorg. Op het gebied van energiegebruik bestaan tal van mogelijkheden, bijvoorbeeld aanpassen van de verlichting, koelinstallaties, elektronische apparatuur. Volgens TNO kan tot 20% op energiekosten bespaard worden door relatief eenvoudige maatregelen. Dat is evenveel als het energiegebruik van 120.000 huishoudens. Het Agentschap NL geeft ondersteuning bij maatregelen voor vermindering van energie in de zorg (6). Toch nemen maar weinig zorginstellingen dergelijke maatregelen. In de meeste instellingen bedragen de energiekosten maar enkele procenten van de totale kosten. Besparen levert dus op de totale begroting nauwelijks een voordeel. In ziekenhuizen veroorzaken nieuwe medische apparaten zoals scanners en laboratoriummachines de meeste stijging van energiegebruik. Daar hebben de ziekenhuizen zelf weinig invloed op. De motivatie voor ziekenhuizen om energiegebruik te beperken zijn gelegen in convenanten met bijvoorbeeld gemeenten of in publicitaire doeleinden. Echt interessant wordt voor ziekenhuizen het werken aan

energiebesparing als daar andere voordelen aan verbonden zijn. Zo voeren academische ziekenhuizen nu samen met Philips onderzoek uit naar de genezende werking van licht met gebruik van energiezuinige verlichting (7).

Duurzaam inkopen (van duurzaam geproduceerde materialen geschikt voor hergebruik of recycling) vindt slechts in een kleine minderheid van de zorginstellingen plaats. Academische ziekenhuizen lopen hierin voorop onder andere omdat zij onderdeel zijn van een convenant van onderwijsinstellingen met de overheid. Bij die ziekenhuizen blijkt nu al dat de kosten niet hoger hoeven uit te vallen. Bovendien levert het de ziekenhuizen een imagoverbetering op. Een bijzonder onderdeel van duurzaam inkopen is voeding. Goede maaltijden met duurzame producten dragen bij aan verbetering van de voedingstoestand van patiënten en zo aan vermindering van de zorgkosten (8). Er zijn regionale samenwerkingsovereenkomsten tot stand gekomen tussen leveranciers en zorginstellingen bijvoorbeeld in Overijssel en Noord Brabant. Aandacht voor het milieu en kwaliteit van zorggerelateerde activiteiten zijn thema's die zich prima laten verbinden.

Personeel en kwaliteit van zorg

De zorgsector is met 5,4% ziekteverzuim een van de sectoren met het hoogste verzuim. Het ziekteverzuim daalt weliswaar langzaam, maar langdurige verzuim blijft hoog en ook de uitstroom naar de WIA is relatief hoog. Mensen zijn vaak sterk gemotiveerd voor een keuze voor werken in de zorg. Misschien daarom raken ze ook relatief snel gefrustreerd als de verwachtingen niet uitkomen. Belangrijke oorzaken voor ontevredenheid zijn te vinden in de zorgverlener-zorgvrager relatie. Simpel gezegd: als de patiënt niet tevreden is over de relatie, is de zorgverlener het ook niet. De zorgverlener heeft vaak het gevoel zijn werk niet zelf te kunnen sturen, en teveel gecontroleerd te worden door managers en bureaucratische procedures. Verschillende zorginstellingen nemen nu maatregelen om de verantwoordelijkheid terug te leggen bij de zorgverleners, bijvoorbeeld door de organisatie platter te maken, door personeel zelf diensten te laten roosteren, of door meer diversiteit in de organisatie te brengen. Voorzichtige conclusie van deze maatregelen: het vermindert uitval en verbetert de betrokkenheid van medewerkers. Ongeveer 17% van het personeel in de zorg is laaggeletterd. Vaak tonen deze mensen weinig betrokkenheid bij de organisatie, alleen al doordat zij niet deelnemen in de interne bedrijfscommunicatie. Scholing en volwassenenonderwijs draagt ertoe bij dat mensen groeien in hun functie, en ook veiligheids- en hygiënische instructies beter begrijpen (9). Deze voorbeelden laten zien dat kwaliteitsbeleid en goed personeelsbeleid elkaar kunnen versterken.

Patiënten en kwaliteit van zorg

In het publieke debat over kwaliteit van zorg neemt de perceptie van de patiënt een belangrijke plaats in. Uit een recent onderzoek van het Nivel en de KNMG bleek dat slechts 7,3% van de patiënten inzicht hebben in de kwaliteit van ziekenhuizen (10). De onderzoeker roepen op tot meer patiëntenbetrokkenheid. Patiëntenparticipatie in kwaliteitsmanagement wordt uitdrukkelijk als eis gesteld in het Veiligheidsmanagementsysteem. Voor kwaliteitsmanagers in de zorg is betrokkenheid van patiënten geen nieuw onderwerp.

In het MVO denken wordt de interactie met de klant centraal gesteld; deze verleent immers bestaansrecht aan het bedrijf. Daarom ook bespreekt de routekaart Nu Zorg(en) voor Morgen de rol van patiënten en hun familie in de zorg. In deze tijd waarin veel nadruk wordt gelegd op de eigen verantwoordelijkheid van patiënten en zelfmanagement hoog op de agenda staat van beleidsmakers, zijn er ook vragen over de effecten hiervan op kwaliteit van de zorg. Kunnen

mensen de verantwoording aan? Hoe geef je inhoud aan de eis tot informed consent? Hebben mensen de capaciteiten om de taken op zich te nemen? Begrijpen mensen de medicijnen of therapieën die ze moeten toepassen voldoende?

In dit kader komt de vraag naar gezondheidsvaardigheden naar boven. In de laatste jaren worden er de nodige activiteiten ondernomen om te zorgen dat ook de groepen met beperkte vaardigheden goed bediend worden en ondersteund worden om hun positie te versterken. Zo publiceerde de Landelijke Huisartsen Vereniging onlangs de toolkit laaggeletterdheid (11). Binnen de Alliantie Gezondheidsvaardigheden zijn er tal van samenwerkingsvormen om zelfmanagement ook binnen bereik te brengen van mensen die minder goed mee komen (12,13).

Een vaak onderschatte factor in kwaliteit van zorg – met name voor chronische patiënten en langdurige zorg – is de rol van familie. Door meer betrokkenheid van familie bij het zorgproces en bij belangrijke beslissingen is het mogelijk de kwaliteit van zorg te verbeteren, en bijvoorbeeld concreet decubitus te verminderen, of onrustmedicatie te reduceren.

Patiënten en familie deelgenoot maken van het zorgproces in plaats van consumenten van diensten levert kwaliteit op, en maakt de zorg meer zichtbaar in de maatschappij. De kwaliteitsmanager kan een belangrijke rol spelen in dit proces.

Lessen die we leren

Uit de routekaart Nu Zorg(en) voor Morgen blijkt dat er al veel gebeurt in de zorg dat onder de noemer maatschappelijk verantwoord ondernemen valt. Een belangrijke kanttekening hierbij geplaatst kan worden, is dat de initiatieven nog fragmentarisch zijn, niet met elkaar verbonden worden en geen onderdeel maken van ruimer MVO beleid binnen instellingen. Dat is jammer, want juist door het verbinden van thema's valt er veel winst te behalen. Beleid op het gebied van patiënttevredenheid kan verder versterkt worden als het gekoppeld wordt aan beleid op werknemertevredenheid, en beleid op gebied van voeding, bereikbaarheid van de instelling (mobiliteit), de bebouwde omgeving, etc. Daarvoor is een integrale visie nodig en durvend leiderschap vanuit de directiekamers.

Een tweede belangrijke punt van aandacht is dat ketens van leveranciers, zorgverleners, financiers en gebruikers van zorg samen moeten werken om veranderingen te bewerkstelligen. Bijvoorbeeld rond energiebesparing in ziekenhuizen kunnen leveranciers van medische apparaten een belangrijke bijdrage leveren, kunnen ziekenhuizen meer samenwerken om apparatuur efficiënter te gebruiken en kunnen financiers gunstige voorwaarden creëren om investeringen mogelijk te maken. Zorgverzekeraars kunnen een belangrijke rol spelen door duurzaamheid mee te nemen in contractonderhandelingen; zorgverzekeraar de Friesland is daar een voorbeeld van. Rond zelfmanagement moeten patiënten hun verantwoording nemen, in samenspraak met families, in samenwerking met zorgverleners, die ook ondersteuning verlenen aan mensen die minder goed meekomen. Instellingen kunnen een gericht beleid daarop voeren en hun communicatie verbeteren.

Kwaliteit als verbindende factor

De verbindende factor in alle voorbeelden van MVO in de zorg is kwaliteit. Zeker nu de vraag om maatschappelijke effecten van zorg opkomt, is dit het moment voor kwaliteitsfunctionarissen om zich te verdiepen in de contextuele factoren, in personeelsbeleid, in milieubeleid, in sociaaleconomische achtergronden van personeel en patiënten. In die – veelal verborgen – gebieden liggen aangrijpingspunten om kwaliteit te verbeteren en maatschappelijke effecten van zorg te vergroten. Eigenlijk is de kwaliteitsfunctionaris binnen de instelling ook de MVO verantwoordelijke in deze opstelling.

Tenslotte

In het najaar hebben een twintigtal leidinggevenden in de zorg een manifest gepubliceerd, dat inmiddels door zo'n 50 organisaties is ondertekend (14). In het manifest wordt opgeroepen om MVO in de zorg te versterken. Er is recent een netwerk tot stand gebracht rond MVO in de zorg, dat gecoördineerd wordt door MVO-Nederland, in samenwerking met het NIGZ en MPZ. Binnen dit groeiende netwerk worden werkgroepen opgestart om samen te werken rond verschillende thema's. Doel van het netwerk is te bestaande samenwerkingsverbanden op deelgebieden te verbinden, kennis te delen, en nieuwe initiatieven te faciliteren. Meer informatie over dit netwerk is te verkrijgen bij Helene van der Vloed (H.vanderVloed@mvonederland.nl).

Wat is bekend?

Kwaliteit van zorg is een thema dat grote aandacht trekt van direct betrokkenen, zoals zorgverleners en patiënten, maar ook van een wijdere kring, zoals beleidsmakers en politici. De maatschappij vraagt dat de zorgsector verantwoording aflegt voor het alsmaar stijgende budget in deze tijd van economische crisis.

Wat is nieuw?

Maatschappelijk verantwoord ondernemen (MVO) verbindt economische bedrijfsdoelstellingen met maatschappelijke doelen, en definieert het begrip winst opnieuw. Bedrijven worden uitgedaagd hun bijdrage aan de maatschappij te verklaren en zo nodig te herzien. Bij MVO gaat het om verbinden van thema's, en een integrale visie op ondernemen. Zorg voor personeel en gebruikers wordt verbonden aan zorg voor het milieu en de omgeving omdat het voortkomt uit eenzelfde visie op maatschappelijk relevante activiteiten.

Wat kun je ermee?

MVO biedt kwaliteitsmanagers de mogelijkheid om het thema kwaliteit in een bredere kring ter sprake te brengen, en ook andere groepen binnen en buiten de organisatie erbij te betrekken. Kwaliteitsmanagers kunnen een bijdrage leveren aan de vereiste transparantie over gebruik van financiële middelen en de maatschappelijke baten daarvan.

1. RVZ, *Sturen op Gezondheidsdoelen, advies aan de minister van VWS*. Den Haag, juni 2011
2. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2012/02/10/kamerbrief-met-reactie-op-rvz-advies-sturen-op-gezondheidsdoelen.html>
3. <http://www.hkz.nl/index.php?option=content&task=view&id=1982>
4. Monissen D., *Kwaliteit van zorg: het resultaat telt!*, TSG, 90, 2012/2, 74-75
5. Knecht Y., *Schetsen voor een routekaart naar Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen in de Zorgsector*. NIGZ, september 2011
6. <http://www.agentschapnl.nl/programmas-regelingen/zorginstellingen>
7. <http://www.azm.nl/hetazm/nieuws/220430>
8. http://english.minlnv.nl/portal/page?_pageid=116,2667799&_dad=portal&_schema=PORTAL
9. <http://www.umcutrecht.nl/zorg/nieuws/2011/09/umc-utrecht-pakt-laaggeletterdheid-aan.htm>
10. Wigersma L., Brabers A., Reitsma M., J. de Jong, *Transparantie is niet zichtbaar: onderzoek naar opvattingen over vraagsturing in de zorg*, *Medisch Contact*, 2011/66, 2776-2778
11. LHV, *Toolkit Laaggeletterdheid*, Utrecht, 2011
12. <http://www.nigz.nl/index.cfm?act=project.details&prog=3&proj=19>
13. <http://www.zelfmanagement.com/tools/algemeen/>
14. http://www.nigz.nl/upload/Manifest_Zorg.pdf