

Systematische kwaliteitsverbetering in de praktijk

Het is vaak lastig om na onderzoek naar klantervaringen tot gerichte verbeteracties op teamniveau te komen. Dit artikel doet verslag van een kwaliteitverbetertraject binnen SOVAK (Terheijden) waarbij dat expliciet de opzet was.

In 2006 vond er bij SOVAK een uitvoerig onafhankelijk klantervaringsonderzoek plaats. SOVAK biedt aan 485 cliënten met een verstandelijke beperking residentiële ondersteuning inclusief dagbesteding en aan 175 cliënten ambulante ondersteuning. Hoewel binnen de instelling al eerder zorg werd besteed aan het terugkoppelen van de uitkomsten van dit klantervaringsonderzoek, bleek achteraf niet duidelijk wat daar nu precies mee was gebeurd en of er verbeteringen hadden plaatsgevonden. Bij de planning van een nieuw klantervaringsonderzoek in 2008/2009 werd van meet af aan afgesproken dat met de uitkomsten een systematisch verbetertraject zou worden uitgezet bij alle teams. Op die manier zou effectiever gebruik worden gemaakt van het klantervaringsonderzoek.

Werkwijze

Op uitdrukkelijk verzoek van het zorgkantoor werd in het nieuwe onderzoek gewerkt met de Consumer Quality Index (CQI) vragenlijsten. Om

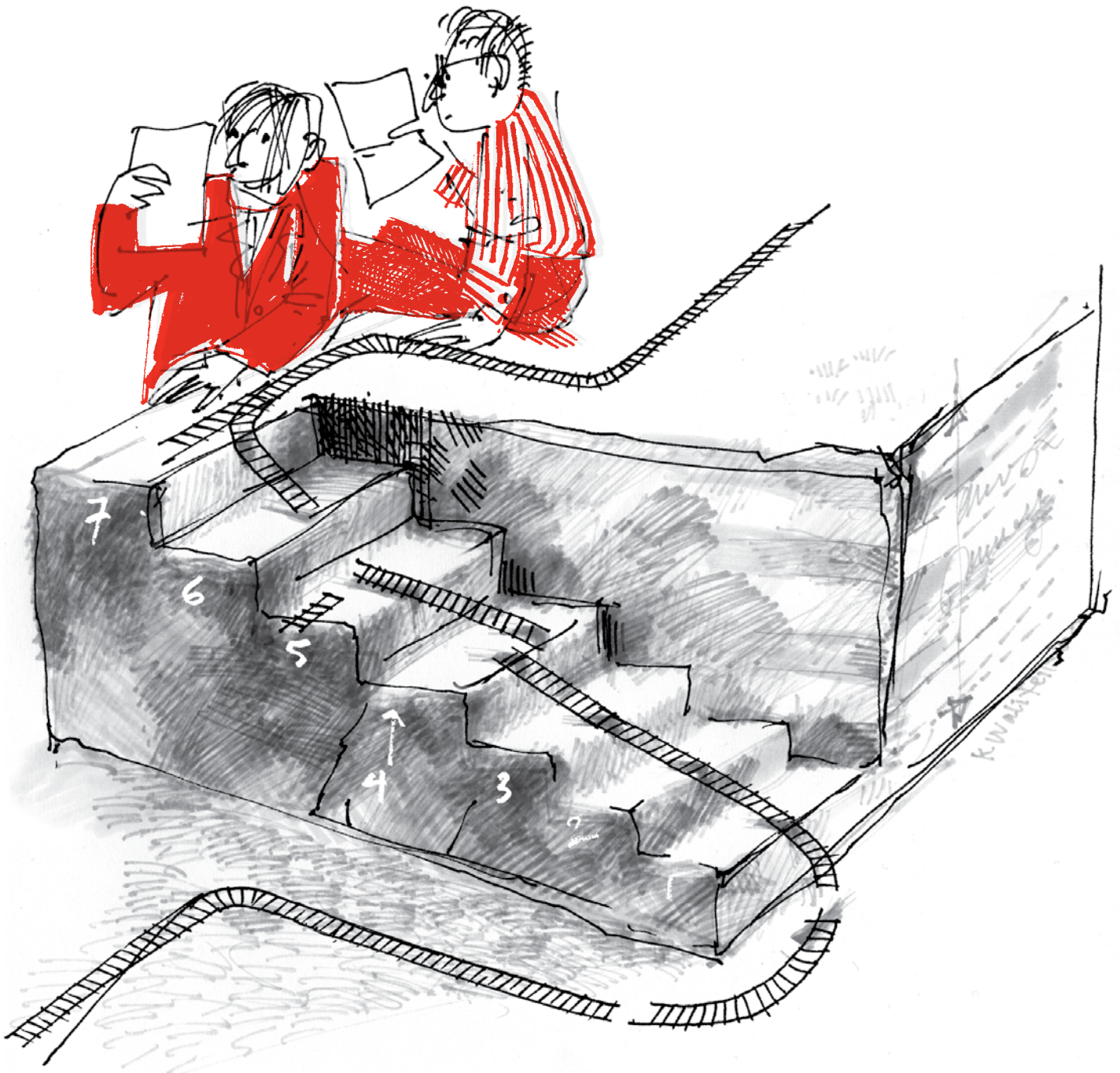
toch breder te kunnen kijken werden hieraan enkele open vragen toegevoegd, waarin respondenten in hun eigen woorden zowel sterke punten als verbeterpunten konden aangeven. Bij cliënten werd de vragenlijst in een interview afgenomen door een professionele begeleider die niet betrokken was bij de cliënt. Er werden 55 cliënten met een licht verstandelijke beperking geselecteerd die representatief waren voor deze groep in de SOVAK populatie. Hiervan waren er 53 bereid mee te werken aan een interview. Alle cliëntvertegenwoordigers van SOVAK kregen de vragenlijst per post toegestuurd. 49 procent retourneerde de vragenlijst.

In totaal waren achttien afdelingsteams betrokken in het onderzoek. Voor elk team werd op basis van de uitkomsten een Kwaliteit-Verbeter-Kaart (KVK) opgesteld. Een KVK bestaat uit één A4-tje met de specifieke uitkomsten van het klantervaringsonderzoek voor dat betreffende team. Een verbeterpunt werd in de KVK opgenomen indien ten minste een derde van de respondenten

van de afdeling hetzelfde thema had aangeduid.

Verbetertraject

Elk team voerde op basis van de Kwaliteit-Verbeter-Kaarten een verbetertraject uit in zeven stappen: (1) bespreek de verbetervoorstellen met cliënten, vertegenwoordigers en medewerkers; (2) kies samen één of twee doelen (SMART formuleren); (3) prioriteer doelen; (4) bepaal hulpmiddelen en voorwaarden; (5) plan (wie doet wat, wanneer, hoe, met wie?); (6) start acties en monitor; (7) evalueer. Deze 'zevensprong' is een praktische uitwerking van de Demingcyclus voor systematisch werken aan kwaliteitsverbetering. Op 14 april 2009 ging het verbetertraject van start met de afspraak op 21 september samen met de cliëntenraad de resultaten te evalueren. De uitgangspunten van dit traject waren: (1) bereiken van verbetering is een gezamenlijke opdracht van teamleiders, medewerkers en cliënten of cliëntvertegenwoordigers; (2) er wordt geen afzonderlijk project geformuleerd



maar het hele traject vindt plaats binnen reguliere overlegsituaties en is onderdeel van het gewone werk; (3) resultaten worden openlijk gepresenteerd ten overstaan van collega's en cliëntenraad.

Resultaten

In september vond de evaluatiebijeenkomst van het verbetertraject plaats. De teammanagers presenteerden de verbeteringen ten overstaan van collega's en cliëntenraad via een standaard

format van vijf vragen:

- 1) Welke verbeterpunten werden (waarom) gekozen?
- 2) Welke acties werden geformuleerd?
- 3) Welke planning werd gemaakt?
- 4) Wat werd bereikt?
- 5) Welke knelpunten werden ervaren?

Een overzicht van uitkomsten staat in het kader op pagina 6.

Extra verbetersuggesties

Op basis van de antwoorden op de toegevoegde kwalitatieve open vra-

gen waren 45 verbeter suggesties in de KVK-en opgenomen. Op basis van de kwantitatieve CQI-scores werden negentien verbeterpunten geformuleerd. In totaal waren dat 64 verbeterpunten. Uit de presentaties bleek dat de teams ook 64 concrete acties hadden gepland. Tweederde van de geplande acties bleek daadwerkelijk per medio september te zijn uitgevoerd. Het aantal gerealiseerde effectieve verbeteringen bedroeg 39. Opvallend is dat ook verbeteringen werden gesignaleerd die

niet als zodanig waren gepland, maar die toch plaatsvonden als neveneffect van ondernomen acties. Zo bleek aanpak van onduidelijkheden rond de medicatie van cliënten uiteindelijk te leiden tot betere samenwerking tussen de betrokken (externe) artsen. Deze kregen meer oog voor de specifieke medische zorgbehoeften van mensen met verstandelijke beperkingen. Niet gelukte verbeteringen hadden veelal betrekking op problemen rond het aantrekken van vrijwilligers of medewerkers (vacatures). Soms kon een andere keuze worden gemaakt: waar bijvoorbeeld geen kok voor een woning kon worden aangetrokken (om de kwaliteit van voeding te verbeteren) werd het aantal begeleiders uitgebreid. Soms vormde onduidelijkheid over implicaties van de ZZP-financiering een belemmering voor het slagen van een verbeteractie.

De presentaties verliepen binnen een strak tijdschema waarbinnen niettemin voldoende ruimte was om elkaar te bevragen. Duidelijk was dat het melden van acties en resultaten binnen een groep van collega's en cliëntenraad meerwaarde had. Niet alleen werd men hierdoor gestimuleerd om ondernomen acties te formuleren (wat verduidelijkend werkte ten aanzien van het verbeterproces) maar de presentaties inspireerden collega's soms ook om een

Team	KVK Aantal verbeterpunten	Geplande acties per 14 april 2009	Uitgevoerde acties	Bereikte verbeteringen per 21 september 2009
A	3	2	2	2
B	3	3	2	1
C	5	7	5	4
D	5	3	3	3
E	2	3	3	3
F	4	5	3	3
G	4	5	4	4
H	1	3	2	2
I	5	3	2	2
J	2	2	4	5
K	4	8	3	3
L	2	4	0	0
M	3	2	0	0
N	3	1	0	0
O	3	2	2	2
P	2	2	2	2
R	4	4	3	3
S	9	5	0	0
Totaal	64	64	40	39

soortgelijk knelpunt in het eigen team op te lossen en om suggesties op grond van eigen ervaringen mee te geven aan de rapporteur. Ook het openlijk presenteren en discussiëren leverde een duidelijke meerwaarde op. Alle bijeenkomsten vonden plaats binnen een rooster van bestaand overleg. Daarom vereisten de kwaliteitstrajecten geen extra bijeenkomsten en verliep het proces efficiënt.

Conclusies

Kwaliteit is meestal niet evenredig verdeeld binnen een organisatie. Het ene team kan sterk zijn in een onderdeel

van ondersteuning waarin een ander team juist zwak is. Methoden van klantvervalsingsonderzoek via benchmarking of standaard CQ Index maken deze verschillen niet zichtbaar. Daarom is het ook niet mogelijk om hiermee gedifferentieerde informatie voor verbeteracties op teamniveau aan te leveren. Met de gevolgde werkwijze met de Kwaliteit-Verbeter-Kaarten is dat wel mogelijk. De daarbij horende 'zeven-sprong' bleek een goede basis te vormen voor het uitvoeren van verbetertrajecten. Een succesratio van twee geslaagde op drie geplande verbeterac-

REACTIE HENNIE BLOK

Hoe faciliteren wij de medewerkers die dagelijks met onze cliënten omgaan zo, dat zij steeds betere zorg kunnen leveren? Hoe dragen we bij aan hun professionaliteit en dus aan de goede begeleiding van de cliënt? In een periode waarin vragenlijsten voor prestatie-indicatoren, checklists voor het inventariseren van risico's en allerlei andere papieren ons om de oren vliegen, is het artikel van Buntinx en Slisser een belangrijke bijdrage. Deze auteurs reiken ons iets aan om te wer-

ken aan systematische kwaliteitsverbetering op de werkvloer in plaats van achter het bureau. Externe verantwoording draagt niet vanzelfsprekend bij aan interne kwaliteitsverbeteringen, daar is iets anders voor nodig. Jammer dat toch ook hier weer de invloed van de zorgkantoren meespeelt in de keuze voor vragenlijsten volgens de CQ Index. Gelukkig hebben de auteurs er open vragen aan toegevoegd, want in het artikel blijkt dat juist de antwoorden op deze vragen tot

de meeste verbeteringsuggesties leiden. Elke zichzelf respecterende organisatie heeft hoog in het vaandel staan dat er vraaggericht gewerkt wordt en heeft dat ook verwoord in een zorgvisie. Vanuit die vraaggestuurde zorg zullen verbeteringen vooral op het individuele niveau van de cliënt moeten plaatsvinden. De langdurige zorg aan mensen met een verstandelijke of fysieke beperking en niet aangeboren hersenletsel richt zich op verbetering van de kwaliteit

ties (60 procent) wordt voor deze eerste ronde zeker als positief gezien. Omdat bij de evaluatie in september nog een aantal acties gepland stond, kan het aantal effectieve acties uit deze eerste ronde nog toenemen. De opzet is daarmee geslaagd.

Het opstellen van een KVK en het daarin verwerken van het eigen verhaal van de respondenten uit de antwoorden op de open vragen vergt meer werk dan het verstrekken van een recht-toe-recht-aan uitdraai van enquête-uitkomsten. Daar staat tegenover dat een KVK op maat van het team is geformuleerd en een directe opstap vormt naar een kwaliteitscyclus, waardoor alle aandacht en energie naar verbeteringen kunnen uitgaan.

De presentaties van de teamaanpak met bespreking van wat lukte en wat niet lukte blijken een leereffect te sorteren: de hele organisatie (inclusief cliëntenraad en management) wordt al lerend betrokken bij de verbeteracties. Collega's worden geïnspireerd en kunnen elkaar adviezen geven. Het feit dat alle verbeteractiviteiten plaatsvonden binnen reguliere team- en divisiebijeenkomsten en dat er geen aparte projectstructuur werd opgetuigd bracht efficiencywinst. Daarenboven wordt de verbetercyclus al lerend geïn-

tegreerd binnen de manier van werken van een team. Dat is ook het ultieme doel van kwaliteitsmanagement.

Tot slot vermelden we nog enkele opvallende zaken uit het project.

- De eenvoudige open vragen uit de vragenlijst (die respondenten vrij konden beantwoorden met hun eigen verhaal) genereerden meer bruikbare verbeterinformatie dan de scores uit de gesloten vragen van de CQ Index.
- De KVK gaf niet alleen richting bij de start van het verbetertraject maar werkte ook als katalysator voor het formuleren van nieuwe verbeterpunten in de gesprekken van team en cliënten(vertegenwoordigers).

Natuurlijk hangt de waarde van een KVK mede af van de respons uit de betreffende groep. Wanneer teams en cliëntgroepen erg klein zijn, of wanneer de respons erg klein is, kan de uitslag niet voldoende representatief zijn om te gebruiken als input voor de verbetercyclus. Bij het huidige project was dit het geval bij twee sublocaties. Deze deden niet mee in de KVK-methodiek maar zij werkten wel (en succesvol) mee in het verbetertraject op basis van verbeterpunten die werden gekozen in een gesprek tussen medewerkers en cliëntvertegenwoordigers. Door het rendement van de open

vragen waren de huidige data ruim voldoende als start van een verbetercyclus. In 2006 waren, naast ervaringen van cliënten en cliëntvertegenwoordigers, ook de ervaringen van medewerkers betrokken. Ervaring met deze werkwijze elders, bijvoorbeeld bij stichting ORO in Helmond, leert dat daarmee de relevantie en impact van KVK-en nog aanmerkelijk verhoogd kunnen worden.

Dr. Wil Buntinx is GZ-psycholoog en directeur Buntinx Training & Consultancy en onderzoeker Universiteit Maastricht. Drs. Serge Slisser is hoofd Relatiebeheer & Communicatie bij SOVAK.

Literatuur

Havenaar, J., Splunteren, P. van, Wenink, J. (2008). Koersen op Kwaliteit in de GGZ. Assen: Van Gorcum.

Grol, R., Baker, R. & Moss, F. (Eds.) (2004). Quality Improvement Research. London: BMJ books.

Schalock, R. & Verdugo Alonso, M.A. (2002). Handbook of Quality of Life for Human Service Practitioners. Washington: American Association on Mental Retardation.

Zie ook: www.buntinx.org

van bestaan van de individuele cliënt. Wat dan kwaliteit is, is uiteraard persoonsgebonden. Ik vraag me af of dat persoonlijke aspect niet haaks staat op het gebruik van lijsten met gesloten standaardvragen. Ik heb de indruk dat de hier ingelaste open vragen meer recht doen aan het individuele karakter van de behoeften van de cliënt. De concretisering van de cirkel van Deming en het gebruikte A4-tje met de Kwaliteit-Verbeter-Kaart geven daarvoor goede handvatten. Het is mijn erva-

ring dat dit teams ondersteunt bij het bewust werken aan kwaliteitsverbetering. De cirkel van Deming en de KVK zijn niet nieuw, maar de vertaling van de onderzoekers ervan naar systematische verbeteringen van de kwaliteit op teamniveau is dat wel. Deze aanpak benoemt duidelijk ieders verantwoordelijkheden. Sterk punt vind ik dat de KVK is ingebed in de reguliere overlegvormen. Presentatie van verbeterpunten aan collega's en cliëntenraden heeft een extra effect omdat

men zo van en aan elkaar leert. Dat is helemaal conform de HKZ. Toch vraag ik me af: waarom moeten we dit soort trajecten zo expliciet benoemen? is het niet het dagelijkse werk van een leidinggevende en de medewerkers om in de omgang met de cliënt bewust stil te staan bij diens ervaringen en de begeleiding van de cliënt te verbeteren waar en wanneer dat maar mogelijk is?

Hennie Blok is stafmedewerker Kwaliteit bij Gemiva-SVG Groep