

Of het nu gaat om veranderende organisatievormen in instellingen of nieuwe behandelwijzen: onderzoek naar innovaties in de zorg hebben de permanente aandacht van het NIVEL in Utrecht, het nationaal instituut voor gezondheidszorgonderzoek. 'Medisch specialisten staan meer open voor vernieuwingen als de raad van bestuur leiderschap toont', zegt NIVEL-directeur en hoogleraar sociale wetenschappen Peter Groenewegen.

De Autoriteit | Loek Kusiak

Peter Groenewegen (NIVEL):

'Zorginnovaties alleen kansrijk bij steun van alle niveaus'

Welke betekenis heeft de onderzoeksfunctie van het NIVEL voor de zorg?

Ons onderzoek wordt bepaald door vragen van de overheid, toezichthouders, zorgaanbieders, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars. Een zeer breed programma, dat uiteenloopt van evaluatie van het hielprikprogramma, onderzoek naar de gezondheid van beroepen, de kwaliteit van huisartsenzorg tot patiëntveiligheid en arbeidsmarktvraagstukken. En dat is nog maar een fractie. De onderzoeksresultaten dienen ter ondersteuning en evaluatie van beleid. We beheren een aantal nationale databanken en hechten sterk aan onze onafhankelijkheid. We doen ook alleen onderzoek als we er openbaar over kunnen publiceren.

Wat zijn voorbeelden van nationale onderzoeken waar de zorgconsument direct iets van merkt?

Voor de website KiesBeter.nl van het RIVM leveren wij de gegevens aan van de vergelijking tussen zorgverzekeraars. Dat is nuttig voor de burger als hij van verzekeraar wil wisselen. Het NIVEL ontwikkelde ook, met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC, de Consumer Quality Index, de nationale standaard voor het meten en analyseren van klantervaringen in de zorg. De patiënt is degene die het meest zicht heeft op de continuïteit van de zorg, of wat eraan schort. Ook al gebruiken patiënten dit soort keuze-informatie niet direct, dan nog kan het effect hebben via zorginstellingen en zorgverzekeraars. Zorgaanbieders kunnen de gegevens gebruiken om zich naar de buitenwereld te profileren. Zorgverzekeraars kunnen hun inkoopbeleid erdoor verbeteren. Het Centrum voor Klantervaringen beheert de CQ-index.

De term 'sociale innovatie' komt steeds meer in zwang bij zorgaanbieders. Wat moeten we ons daarbij voorstellen?

Door evaluatieonderzoek ontdek je dat onder die term heel veel kleine en grotere vernieuwingen zijn te scharen. Denk aan oplossingen voor ouderen op het raakvlak van zorg en wonen, of aan maatregelen om werk in de zorg aantrekkelijk te houden. Op nationaal niveau is de verschuiving

van een aanbodgericht naar een vraaggericht zorgstelsel een knappe vorm van sociale vernieuwing. Het is een vernieuwing die doorwerkt tot op alle niveaus: van het landelijk beleid tot in de ziekenhuisorganisatie en de zorg voor individuele patiënten. Werd de zorg eerst nog strak georganiseerd rond het medisch specialisme, tegenwoordig zie je steeds meer een procesorganisatie die het zorgproces en het ziektepatroon van de patiënt centraal stelt. Behandelingen sluiten, dwars door vakgroepen heen, netjes op elkaar aan. Dat garandeert een goede coördinatie en een zo laag mogelijke belasting voor de patiënt.

Welke voorwaarden zijn nodig om sociale innovaties succesvol te laten landen?

Sociale innovatie kun je ook definiëren als de introductie van nieuwe vormen van organisatie. Organisaties zijn van nature star, inert. Mensen op bepaalde posities bekleden macht en men wil die niet graag met anderen delen. Dat is in bedrijven zo en in ziekenhuizen niet anders. Wanneer je daar interventies wilt plegen, moet er in acties die je wilt ondernemen een duidelijke samenhang en koppeling zijn tussen wat je van de bestuurders mag verwachten, van het middenkader en van de werkvloer. Op al deze niveaus moet er steun zijn. Dan is de kans op een doorbraak, op een cultuuromslag, het grootst.

Het NIVEL heeft het Sneller Beter-programma geëvalueerd, een typische vorm van sociale innovatie waaraan over een periode van vier jaar 24 ziekenhuizen, verdeeld over drie tranches van acht, hebben deelgenomen. Dat is 20 procent van de Nederlandse ziekenhuizen. Het idee was om met gerichte acties en projecten de zorg op korte termijn te verbeteren. Men sprak ook wel over het dichten van de kloof tussen 'wat we weten' en 'wat we doen.'

Wat laat de evaluatie van 'Sneller Beter' zien?

Er zijn aansprekende resultaten behaald op het gebied van patiëntenlogistiek en patiëntveiligheid, zoals minder medicatiefouten, minder decubitis en minder wondinfecties. Deze prestaties moeten in alle andere ziekenhuizen

ook haalbaar zijn. De gedachte achter Sneller Beter is dat innovaties zich eerder verspreiden naar andere ziekenhuizen als een zekere kritische massa is bereikt, ook wel de externe vliegwielfunctie genoemd. De evaluatie leert bovendien dat een medisch specialist vaker deelneemt aan een verbeterproject als hij en zijn collega's merken dat de raad van bestuur zichtbaar leiderschap toont op het gebied van innovatie. Overtuigingskracht, diplomatie en een goed personeelsbeleid, je hebt het allemaal nodig als je wilt innoveren. Overigens is het niet de missie van het NIVEL om zelf de gezondheidszorg te verbeteren of sociale innovatie te stimuleren. We maken geen beleid.

Kan inbreng of druk van buitenaf zorgen voor versnelling van innovaties?

Zeker. Een van de aanbevelingen uit Sneller Beter is dat zorginstellingen de zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties als katalysator moeten gebruiken bij het doorvoeren van verbeteringen. Dat kan door met elkaar convenanten af te sluiten en door in contracten met zorgverzekeraars kwaliteitsdoelstellingen op te nemen. Door druk van externe partners kan bij professionals ook een besef van urgentie ontstaan om te innoveren. Een actueel voorbeeld van inbreng van buitenaf is de financiële steun die het Innovatiefonds Zorgverzekeraars in 2008 gaf aan 17 kleinschalige projecten om meer ruimte en tijd te maken voor persoonlijke aandacht bij ouderen met dementie. Het NIVEL heeft deze projecten geëvalueerd.

Wat leren we van deze projecten?

Dat je ondanks werkdruk en personeelstekorten met weinig geld toch nieuwe werkwijzen kunt invoeren. Het Amsterdamse verpleeghuis Wittenberg biedt zorgteams één uur per week de kans om op het werk te reflecteren. De begeleiders van deze bijeenkomsten worden intern getraind. Het project kan ervoor zorgen dat je medewerkers voor je organisatie behoudt. Een ander project dat eruit springt, bij Stichting Vrijland in Goor, wil een zo huiselijk mogelijke, herkenbare omgeving voor dementerenden stimuleren. Een huiselijke sfeer voorkomt vervreemding en isolatie van bewoners. Dat vraagt van medewerkers een speciale attitude. Ze moeten afleren alles voor bewoners te doen. Vaak kunnen bewoners een heleboel zelf. Ook dat zorgt weer voor meer medewerkerstevredenheid. Van een vrolijke hulpverlener wordt de patiënt ook vrolijker.

Kan marktwerking in de zorg ook echt een trigger zijn om innovaties op gang te brengen?

Deels, maar dat staat niet er garant voor dat die innovaties ook per definitie bijdragen aan een beter collectief zorggoed. Het is uit economisch oogpunt misschien innovatief om voor bepaalde vormen van zorg, zoals je nu in de tandheelkunde ziet, artsen uit het buitenland te halen. Maar als hun opleidingsniveau lager blijkt dan het onze, is van innovatieve zorg geen sprake. Een ander aspect van marktwerking herken ik in de cyclus



CV Peter Groenewegen

Peter Groenewegen (1952) is directeur van het NIVEL - Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg en bijzonder hoogleraar sociale en geografische aspecten van gezondheid en gezondheidszorg aan de Universiteit Utrecht. Hij studeerde sociologie in Utrecht en promoveerde op een proefschrift over de geografische spreiding van huisartsen. Zijn onderzoeksgebieden zijn onder meer internationale vergelijking van gezondheidszorgsystemen, gezondheidszorgbeleid en organisatie, en sociologie van de professies. Hij schreef onder meer het boek *Professies en de toekomst: veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg* (met J. Hansen en S. ter Bekke; uitgave VVAA en Springer, 2007).

van oude dingen die opnieuw uitgevonden worden. Vroeger deden we veel onderzoek naar wijkverpleging. Die is in de gigantische schaalvergroting van de thuiszorg verdwenen. En nu is er dan buurtzorg uitgevonden. Dan kun je zeggen: ach, dat hebben we al een keer gezien, maar zoals buurtzorg nu georganiseerd is kun je het niet vergelijken met de wijkverpleging van destijds. De mensen zijn veranderd, er zijn nieuwe noden en wensen, de buurten van toen zijn niet meer dezelfde. Iedere vernieuwing moet je in een veranderende context beoordelen. Daarom is het nu interessant te onderzoeken hoe bestendig buurtzorg is, wat het toekomstscenario is. Is buurtzorg in staat de overgang te maken van de inzet van enthousiaste pioniers naar reguliere medewerkers?

**Werknemers in de zorg klagen ook wel over het doorge-
slagen managementdenken, te veel focus op efficiency,
dat vernieuwingen in de weg staat.**

In zijn algemeenheid vind ik dat registreren en monitoren bij een professionele organisatie horen. Ik sluit niet uit dat dit ook voor de buurtzorg gaat gelden. Het probleem met registreren is alleen, en die kritiek hoor je over de thuiszorg, dat op te kleine onderdelen van deelprocessen geregistreerd wordt zonder het grote geheel voor ogen te houden. Het gaat om thuiswonende ouderen, wier gezondheid niet meer zal verbeteren maar die wel ondersteuning nodig hebben om zelfstandig te kunnen blijven wonen. Dat is kwaliteit van leven. Of je dat nu in gestandaardiseerde stukjes van twee of vier zorgminuten moet opdelen, kun je je ernstig afvragen. Managers zijn snel geneigd complexe processen in stukjes te hakken. De standaardreactie van professionals is om meer opleiding te willen inzetten. Beide reacties lopen snel tegen hun grenzen aan.

**Het NIVEL onderzoekt ook gezondheidszorgsystemen in
het buitenland. Wat kunnen wij daarvan leren en wat
het buitenland van ons?**

Op het gebied van organisatie van preventie doet Engeland het beter. Daar worden aan artsen en andere professionals incentives, beloningen, uitgelooft voor het organiseren van groepsconsulten of groepsclinics voor mensen met een bepaald gezondheidsrisico, overgewicht bijvoorbeeld. Ik zie dat nu in Nederland langzamerhand ook van de grond komen. Een voorbeeld voor het buitenland is onze sterke huisartsensysteem. Er wordt veel in de eerstelijnszorg afgehandeld en we zijn terughoudend in het voorschrijven van geneesmiddelen, met name antibiotica. De zorg in een hospice, georganiseerd rond de terminale patiënt en nabestaanden, is een ander facet waarin wij vooroplopen. Ook hospices zijn voorbeelden van sociale innovatie. |