

Verslag workshop “LPZ: meer dan alleen data verzamelen”

Op 12 september vond de workshop “LPZ: meer dan alleen data verzamelen” plaats bij Aristo in Eindhoven. Dit verslag is een korte weergave van hetgeen tijdens deze workshop besproken is.

In het eerste deel (welkom, inleiding en achtergrond LPZ) is projectleider Irma Everink ingegaan op waar de LPZ vandaan komt (ontstaan in 1998 als Landelijk Onderzoek Prevalentie Decubitus) en waar de LPZ nu staat (Landelijke Prevalentiemeting Zorgkwaliteit met 7 verschillende modules). Ook de doelen van de LPZ en de maatschappelijke en wetenschappelijke impact komen aan bod. De presentatie werd afgesloten met uitleg over de manier waarop de LPZ tot stand komt (o.a. schriftelijke evaluaties en werkgroepen met eindgebruikers en contacten met landelijke belangenorganisaties/brancheverenigingen).

Het tweede onderdeel van de workshop werd geleid door Jo Hensen, stafmedewerker V&V bij Envida en sinds 2007 betrokken als coördinator van de LPZ. Jo heeft allerhande tips gegeven om de meting zo efficiënt en gemakkelijk mogelijk te laten verlopen. Hierbij maakte ze onderscheid tussen activiteiten die ze in de voorbereidende fase onderneemt, wat ze doet om de meting op de dag zelf goed te laten verlopen en hoe ze de resultaten gebruikt. Eén van de dingen die ze dit jaar bij Envida anders doet, is het meten van de cliënten tijdens het reguliere zorgmoment. Dit betekent dat niet alle cliënten op één dag worden gemeten, maar verspreid over een aantal dagen. Deze methode wordt door meer organisaties gebruikt. Vervolgens is Jo in gesprek gegaan met de overige deelnemers van de workshop over hun eigen ervaringen en tips om de meting zo goed mogelijk te laten verlopen. Eén andere tip die gegeven is, is het aanvullen van de vragenlijst door de coördinator met verduidelijkingen bij vragen en elke meter zo’n vragenlijst meegeven. Iemand anders voert de instructiebijeenkomsten binnen de organisatie niet (zoals Jo wel doet) per locatie maar juist met verschillende locaties bij elkaar, zodat er van elkaars vragen en ervaringen kan worden geleerd.

Het derde onderdeel van de workshop ging in op het gebruik van data import bij de LPZ meting en werd geleid door April Boessen, onderzoeker bij Flycatcher Internet Research. Deelnemers aan de LPZ hebben de mogelijkheid om een deel van de gegevens te uploaden via het elektronisch cliënt/patiënt dossier (ECD/EPD). Door hiervan gebruik te maken, hoeven minder vragen tijdens de meting zelf te worden ingevuld en is er een kleinere kans op foutieve invoer van cliëntvragenlijsten. April heeft laten zien hoe de data import precies werkt en heeft veel voorkomende vragen over de data import toegelicht. Belangrijk bij gebruik van data import is om de IT afdeling van de organisatie erbij te betrekken.

Na de pauze ging Suzanne Rijcken, onderzoeksmedewerker van het LPZ projectteam, in op het gebruik van het dashboard. Aan de hand van een casus heeft ze laten zien hoe je via het overview dashboard en het detail dashboard kan nagaan wat een mogelijke reden is voor het vinden van bepaalde prevalentiecijfers en hoe dit je kan helpen om een verbeterplan op te stellen. Uit deze toelichting bleek dat het dashboard over veel functionaliteiten beschikt en dat dit wellicht zelfs te veel is voor de personen die het dashboard gebruiken. Hierop werd aangegeven dat optimalisatie van het dashboard één van de speerpunten van de komende jaren van het LPZ project zal zijn en dat o.a. de aanwezigen van vandaag een uitnodiging zullen krijgen om hierover mee te denken.

Na de toelichting over het gebruik van het dashboard zijn deelnemers ingedeeld in groepjes, waarmee ze gingen brainstormen over de mogelijkheden tot leren en verbeteren met behulp van LPZ cijfers. Jolanda van Haastregt, senior wetenschappelijk medewerker binnen het LPZ projectteam, leidde deze brainstormsessie. Eerst werd ingegaan op de redenen waarom de LPZ gebruikt werd bij de aanwezige organisaties. Eén van de redenen was de verplichte aanlevering van de indicatoren basisveiligheid bij Zorginstituut Nederland. De meest genoemde reden was echter het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het benchmarken van eigen resultaten met de resultaten van andere organisaties. Op de vraag wat er in de organisaties werd gedaan met de resultaten werden verschillende antwoorden gegeven:

- Kijken op welke zaken de organisatie afwijkt en dit als eerste aanpakken, bijv. scholing van medewerkers
- Presenteren van resultaten op de verschillende afdelingen en vragen wat de medewerkers nu aan de resultaten opvalt. Vervolgens wordt er met één onderwerp aan de slag gegaan.
- Resultaten organisatiebreed bespreken, dus ook met behandelaren en artsen. Hier vervolgens verbeterpunten uithalen
- Resultaten presenteren aan het management en hen een prioritering laten maken

Vervolgens ging Jolanda in op de inhoud van de Plan – Do – Study – Act (PDSA) cyclus om vanuit LPZ resultaten naar een verbeterplan te komen. Op de vraag in hoeverre organisaties hier al mee werken werd aangegeven dat de cyclus vaak wel gestart wordt maar niet wordt afgerond. Zo wordt bijvoorbeeld de evaluatie niet uitgevoerd.

Deelnemers zijn vervolgens in hun groepjes gaan brainstormen over verschillende vragen. De resultaten van deze brainstormsessie werd vervolgens plenair toegelicht. De eerste vraag was “Op welk niveau moeten er verbeterplannen komen (afdeling/team, locatie, organisatie?)”. Hierbij werd aangegeven dat dit afhankelijk is van de uitslag van de meting. Wanneer er iets verbeterd moet worden op cliëntniveau heeft het verbeterplan een andere invalshoek dan wanneer er iets verbeterd moet worden op proces- of structuurniveau van een organisatie. Ook is dit afhankelijk van de speerpunten die organisaties hebben. Deelnemers gaven ook aan dat verbeterplannen niet van bovenaf moeten worden opgelegd; het plan moet herkenbaar zijn voor zorgverleners op de afdelingen want zij moeten het plan gaan uitvoeren. Het is wel zo dat het opstellen en uitvoeren van het verbeterplan op organisatieniveau moet worden gestimuleerd en gefaciliteerd.

De tweede vraag waarover gebrainstormd is, was “Hoe bepaal je waar je mee aan de slag gaat? (Hoe stel je prioriteiten?)” Hierop werd geantwoord dat dit afhankelijk is van de interpretatie die je geeft aan je resultaten. Belangrijk bij het prioriteren is ook goed na te denken welke middelen je tot je beschikking hebt en wat een verbeterplan naar verwachting oplevert (impactanalyse). Indien de oplossing erg kostbaar is, is de vraag of dit de moeite waard is. Kosten en baten moeten dus tegen elkaar worden afgewogen. Een andere manier om te prioriteren is nagaan hoe risicovol een bepaald resultaat is en om te bekijken in hoeverre een verbeterplan binnen de visie van de organisatie past. Om zowel de visie van de organisatie als de behoeften en voorkeuren van het team te bedienen, is er een mogelijkheid om als management/bestuur/beleidsmakers drie onderwerpen te kiezen en deze voor te leggen aan de teams als verbeteronderwerpen. Teams kunnen vervolgens zelf kiezen waar ze mee aan de slag gaan.

De derde vraag van deze brainstormsessie was “Wie betrek je bij het verbetertraject en waarom?”. Eén mogelijkheid is een eerste schifting op onderwerpen laten maken door kwaliteits-/beleidsmedewerkers en vervolgens de locaties en afdelingen het voortouw te laten nemen. Ook is het hierbij belangrijk om te bekijken welke personen expertise hebben binnen dit onderwerp en welke personen ook daadwerkelijk invloed hebben binnen een organisatie. Dit kan formele maar ook informele invloed zijn (enthousiaste voortrekkers). Deelnemers waren het erover eens dat de zorgmedewerker, die het verbeterplan moet uitvoeren, in ieder geval leidend moet zijn. Zonder de zorgmedewerkers erbij te betrekken, heeft het plan per definitie geen kans van slagen. Ten slotte is er gesproken over het betrekken van cliënten bij verbetertrajecten. Zo werd er in organisaties al gewerkt met kwaliteitsdagen waar cliënten(raden) aan deelnamen en waarbij wordt gekeken voor welke prioriteiten een organisatie volgens hen zou moeten kiezen.

Hierna werd er gesproken over de vraag “Wat zou de werkwijze moeten zijn? (Een voorgeschreven methode, een vast format voor verbeterplan, of iedereen op eigen manier?)”. Opties die door deelnemers aangedragen werden, waren werken volgens de LEAN methode (een gestructureerde probleemoplossende aanpak) en het aanbieden van een toolbox met verschillende methodieken. Teams kunnen vervolgens kiezen welke methodiek ze passend vinden om op dat moment te gebruiken. Ook werd aangegeven dat werkwijzen van hogeraf niet moeten worden voorgeschreven maar wel worden beoordeeld op haalbaarheid en/of bruikbaarheid.

De laatste vraag waar over gesproken is was “Hoe kunnen medewerkers bij het verbeterproces worden ondersteund en gemotiveerd?”. Hierop werd aangegeven dat medewerkers inspraak moeten hebben en zich gesteund willen voelen. Steunen kan bijvoorbeeld door faciliteren in tijd, middelen, kennis en coaching.

Tijdens het laatste onderdeel van de middag ging Irma Everink in op de toekomstige speerpunten van de LPZ. Deze zijn (1) registratie aan de bron: het op een zo efficiënt mogelijke manier meten van kwaliteit van zorg, onder andere door de mogelijkheden te verkennen om de benodigde gegevens direct uit zorg- en behandeldossiers te halen; (2) het optimaliseren van terugkoppeling van de LPZ meting; (3) ondersteuning bij leren en verbeteren: het bieden van concrete handvaten aan multidisciplinaire teams van zorgorganisaties om de kwaliteit van zorg te verbeteren op basis van de LPZ metingen; (4) verkennen behoeften aan uitbreiding LPZ met andere aspecten van (kwaliteit van) zorg: nagaan of de behoefte bestaat bij zorgorganisaties en beroepsorganisaties om, in aanvulling op de huidige LPZ, ook andere aspecten van (kwaliteit van) zorg binnen de LPZ te gaan meten en (5) inventarisatie behoefte aan sectorspecifieke LPZ meting: nagaan of er bij zorgorganisaties en beroepsorganisaties behoefte is aan een LPZ meting die specifiek is toegespitst op de thuiszorg, de geriatrische revalidatiezorg en/of palliatieve zorg; en zo ja, aan welke kenmerken deze specifieke LPZ metingen zouden moeten voldoen.

Gedurende de bijeenkomst werden nog enkele vragen gesteld / opmerkingen gemaakt die het LPZ team meeneemt in de doorontwikkeling van de meting:

- Er komen nog (te) vaak interpretatieverschillen tussen meters voor. Ligt dit aan de vraagstelling / de handleiding / niet goed lezen van medewerkers? Hoe kunnen we dit verbeteren?

- Organisaties gaan verschillend om met de vragen in de module middelen en maatregelen rond vrijheid. De vraag is daarom of de resultaten te vergelijken zijn.
- De vraag over medicatiefouten is te complex. Dit is een vraag uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Het LPZ team legt dit nogmaals voor bij de stuurgroep kwaliteitskader.
- Het dashboard bestaat uit te veel indicatoren en keuzemogelijkheden.
- Er is behoefte aan een poster met de resultaten van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.