

## Deel 2 Huidige trends in patiëntgerichte zorg

### 10 Business case voor patiëntgerichte zorg

*Patrick A. Charmel*

In dit hoofdstuk wordt:

- aangetoond hoe patiëntgerichte zorg voor organisaties tot een aantal klinische en operationele voordelen leidt;
- aangetoond hoe Planetree-leden zich onderscheiden door patiëntgerichte zorg als een merk neer te zetten;
- gesteld dat patiëntgerichte zorg leveren een goede manier is om medewerkers te werven en te behouden.

Sinds de oprichting van Planetree als demonstratieproject voor patiëntgerichte zorg worden haar oprichters en hun opvolgers voortdurend uitgedaagd om de doeltreffendheid en waarde ervan aan te tonen. Veel van Planetree's eerste leden vonden de onderliggende filosofie overtuigend. Ze aanvaardden de programmatische elementen van het model, die gebaseerd zijn op een diepgeworteld geloof dat het invoeren van persoonlijke, mensgerichte zorgverlening in een helende omgeving 'het beste is'. Veel beleidsvormers hebben de Planetree-aanpak echter nauwkeuriger onder de loep genomen. Ze eisten een onderbouwing van de concrete voordelen die het model zou opleveren. Vooral sceptici hebben gevraagd om gegevens die bewijzen dat de investering van tijd, energie (zowel lichamelijk als emotioneel) en geld, die nodig is om Planetree in te voeren, opweegt tegen de te behalen voordelen. Tot voor kort was de toegevoegde zakelijke waarde van het Planetree-model niet duidelijk geformuleerd, iets wat een wijdverspreide toepassing van het model behoorlijk in de weg heeft gestaan.

De eerste editie van *Putting Patients First* beschreef de – ten tijde van de publicatie beschikbare – gegevens die de zakelijke voordelen van patiëntgerichte zorg bewezen. In de tussenliggende jaren heeft de bredere toepassing van het Planetree-model bijgedragen aan de toename van het bewijsmateriaal. Het Amerikaanse Institute of Medicine rapporteerde in 2001 dat patiëntgerichtheid één van zes onderling samenhangende factoren is, die de kwaliteit van zorg bepalen. Het rapport stelt verder dat patiëntgerichte zorg veel meer is dan een oppervlakkige strategie om een ogenschijnlijk meer aantrekkelijke patiëntervaring te creëren: het is een essentiële voorwaarde om kwaliteitszorg te kunnen leveren. De invoering van een gestandaardiseerde vragenlijst met betrekking tot de zorgervaring van patiënten (het CAHPS Hospital Survey (HCAHPS), vergelijkbaar met de CQ-index in Nederland), en de openbare publicatie van de resultaten, hebben de zichtbaarheid en het belang van het focussen op de patiëntervaring vergroot. Bij elkaar hebben deze elementen geresulteerd in een sterkere business case voor patiëntgerichte zorg en het Planetree-model.

### **PLANETREE'S EFFECTIVITEIT AANTONEN**

Door de ontwikkeling van het Planetree-model opnieuw te beoordelen en door een beschrijving te geven van de strikte voorwaarden waaraan het model tijdens de ontwikkelingsfase moest voldoen, is het mogelijk om een goede basis te leggen voor een geloofwaardige business case. De Planetree Model Hospital Unit (Planetree-pilot ziekenhuisafdeling) is in 1985 opgericht in het Pacific Presbyterian Medical Center in San Francisco, dat toen 272 bedden had, met fondsen van The San Francisco Foundation en The Kaiser Family Foundation. Dit om de voordelen van patiëntgerichte zorg aanschouwelijk te maken en om als voorbeeld te dienen voor ziekenhuizen en zorgverleners in heel Amerika. De oprichters van Planetree en de stichtingen die de Unit financierden begrepen dat, om in een door wetenschappelijke methodes gedomineerde sector aanvaard te worden, patiëntgerichte zorg haar superioriteit ten opzichte van de traditionele zorg zou moeten aantonen aan de hand van een methodologie die een nauwkeurig wetenschappelijk onderzoek kon doorstaan.

Onderzoekers van de University of Washington School of Public Health kregen de opdracht een onderzoek met een controlegroep te verrichten. Het doel was om de patiëntresultaten van de Planetree-pilot ziekenhuisafdeling te vergelijken met die van de andere medisch-chirurgische afdelingen van het ziekenhuis. Het onderzoek van de University of Washington is waarschijnlijk de eerste uitvoerige evaluatie die ooit is gehouden met resultaten van patiënten op een patiëntgerichte

afdeling, vergeleken met die van patiënten op een conventionele afdeling. De door de onderzoekers geselecteerde resultaatindicatoren zijn onder meer (Martin e.a. 1998):

- patiënttevredenheid;
- educatie en betrokkenheid van de patiënt bij het zorgproces;
- het gedrag ten aanzien van de gezondheid en de therapie;
- de status van de gezondheid;
- het verbruik van ziekenhuismiddelen (bepaald naar verblijfsduur) en de daarmee samenhangende kosten.

Patiënten deden meer dan drie jaar aan het onderzoek mee, vanaf eind 1986 tot begin 1990. In totaal namen 760 patiënten deel, waarvan 315 op de Planetree-afdeling werden verzorgd en 445 op een andere medisch-chirurgische afdeling. De patiënten werden bij opname twintig minuten in een diepgaand intakegesprek ondervraagd en vulden vervolgens na een week, na drie maanden en na zes maanden na ontslag uit het ziekenhuis een vragenlijst in. In aanvulling daarop werden de ziekenhuisfacturen geanalyseerd om het verbruik van middelen gedurende de eerste opname en volgende opnames te kunnen bepalen. Ook het gebruik van zorgdiensten tijdens het jaar na deelname aan de studie, zoals thuiszorg, spoedeisende hulp en ambulante zorg, werden bepaald.

De bevindingen gaven aan dat patiënten op de Planetree-afdeling aanmerkelijk meer tevreden waren over het totale aanbod dan patiënten op de andere afdelingen. Ze hadden meer mogelijkheden om familie en vrienden te zien, ze waren meer tevreden over de verpleegkundige zorg, over de bouwwijze en de omgeving van de afdeling, ze leerden meer over hun ziekte en zelfzorgzaamheid en ze werden vaker betrokken bij het zorgproces. Daarnaast waren patiënten op de Planetree-afdeling meer tevreden over de gezondheidseducatie die ze ontvingen terwijl ze in het ziekenhuis lagen. Deze bevindingen laten er geen twijfel over bestaan dat het model van zorgverlening effectief was. Bij de overige onderzochte prestatie-indicatoren kwam de Planetree-afdeling niet beter uit de bus.

De deelnemers die op de Planetree-afdeling verzorgd werden, hadden een even lang verblijf als de patiënten op de andere afdelingen. De kosten van het verbruik van ziekenhuismiddelen waren ook vergelijkbaar. Hoewel de uitkomsten aangaven dat patiënten op de Planetree-afdeling meer informatie ontvingen over hun ziekte en over de aan zelfzorg gestelde eisen, zorgde deze kennis niet voor een betere gezondheid of minder gebruik van verpleegafdelingen en poliklinische diensten gedurende het jaar na deelname. Je kunt stellen dat als uit de studie van de University of Washington zou zijn gebleken dat 'patiënten bij het zorgproces betrekken' permanente voordelen met zich mee zou brengen, zoals verminderd gebruik van zorgdiensten of -middelen, er weinig obstakels zouden zijn voor een brede acceptatie van het Planetree-model. Immers, de zorgsector doet er alles aan om de bedrijfskosten te verlagen.

In de jaren na de voltooiing van deze studie is het Planetree-model aanzienlijk geëvolueerd. Tegenwoordig is de draagwijdte van het model veel groter; het omvat alle elementen die zijn beschreven in Deel 1 van dit boek. Het model heeft ook meer invloed op het functioneren en de prestaties van de ziekenhuizen die het toepassen, aangezien de invoering in het gehele ziekenhuis plaatsvindt en niet slechts op een enkele afdeling. Met deze vooruitgang in de ontwikkeling van het Planetree-model worden de concrete en blijvende voordelen van patiëntgerichte zorg duidelijk. In een recente studie werden gedurende vijf jaar gegevens voor twee vergelijkbare ziekenhuisafdelingen bestudeerd. De ene ziekenhuisafdeling had voor de duur van vijf jaar de uitvoerige patiëntgerichte behandelingsmethoden en -processen van het Planetreemodel ingevoerd en de andere afdeling niet. Dit onderzoek bracht aanmerkelijke verschillen in bedrijfsefficiëntie aan het licht. In elk van de vijf bestudeerde jaren toonde de Planetree-afdeling consequent de volgende bevindingen (Stone 2007).

- Een kortere gemiddelde verblijfsduur dan op de controleafdeling.
- Significant lagere kosten per geval dan op de controleafdeling.
- Het relatieve gebruik van gediplomeerde verpleegkundigen in vergelijking met ondersteunend personeel – zoals receptionisten, assistenten, niveau-4-verpleegkundigen – verschoof op de patiëntgerichte afdeling van de duurdere niveau-5-verpleegkundigen naar goedkoper ondersteunend personeel.
- Hogere gemiddelde patiënttevredenheidsscores, evenals hogere scores in zeven van de negen specifieke maatstaven voor het meten van patiënttevredenheid.

<raster>

### **Het verbeteren van de kwaliteitsresultaten**

Het verband tussen patiëntgerichte zorg en kwaliteitsresultaten (zoals patiënttevredenheid, verblijfsduur, hernieuwde opname, kosten per geval en productieve verpleeguren per patiënt per dag) is een verband op basis van een vooronderstelling. Er is tot op heden echter weinig of geen

onderzoek naar gedaan. In een retrospectieve, quasi-experimentele studie (Stone 2007) is men begonnen deze lacune te vullen. De studie vergeleek de prestaties van twee afdelingen, die door dezelfde organisatie werden bestuurd, waarin werd gezorgd voor hetzelfde type patiënten met gebruik van dezelfde vaardigheden, met gestandaardiseerde en voor de gehele organisatie geldende salarissen, verpleegkosten, gedragslijnen, procedures, contracten en gereguleerde ethische programma's en gedragscodes. Het vergelijkingsonderzoek bood een unieke kans om de impact te evalueren van Planetree's patiëntgerichte zorgmodel op de kwaliteitsresultaten van de verpleegafdeling. De volgende onderzoeksvragen werden gesteld: Wat is de impact van Planetree's patiëntgerichte zorgmodel op:

1. patiënttevredenheid;
2. klinische resultaten (verblijfsduur en heropname);
3. de kosten van de zorgverlening (kosten per geval en productieve verpleeguren per patiënt per dag)?

De steekproef omvatte 869 opgenomen volwassenen – 67,5% (n = 587 patiënten) op de behandelingsafdeling en 32,5% (n = 282 patiënten) op de controleafdeling – die een volledige knie- of heupoperatie ondergingen en de Engelstalige versie van het Press Ganey -tevredenheidsonderzoek hadden ingevuld en geretourneerd. Uit de samengestelde gemiddelde score-evaluatie van patiënttevredenheid, verblijfsduur en kosten per geval bleek dat er een verschil bestond tussen de behandelingsafdeling en de controlegroep ( $p = <,05$  met  $\eta^2 = >,01$ ). De bevindingen voor deze groep volwassenen die een knie- of heupoperatie ondergingen, gaven aan dat het Planetree patiëntgerichte zorgmodel de patiënttevredenheid, de verblijfsduur en de kosten per geval positief kan beïnvloeden. De studie leidde tot de conclusie dat verpleegkundigen en ziekenhuisbesturen die de ziekenhuiservaring voor opgenomen patiënten willen verbeteren, zouden kunnen overwegen om Planetree's patiëntgerichte zorgmodel in te voeren (zie afbeelding 10.1, 10.2, en 10.3).

*Bijdrage van Susan Stone, Sharp Coronado Hospital*

<einde raster>

Afbeelding 10.1 Verblijfsduur

Afbeelding 10.2 Kosten per geval

Afbeelding 10.3 Press Ganey-tevredenheidsscores voor intern verpleegde patiënten

## **DE SECTOR VERLEGT ZIJN FOCUS**

Geconfronteerd met een groeiend begrotingstekort en het vooruitzicht dat de eisen van een ouder wordende babyboomgeneratie het faillissement zou kunnen betekenen voor het Medicare-programma, nam het Amerikaanse Congres in 1997 het Balanced Budget Amendment (BBA) aan. Daarmee hoopte het Congres de groei van de Medicare-uitgaven te kunnen halveren. Het BBA overtrof de verwachtingen van het Congres, aangezien de werkelijke groei in Medicare-uitgaven al in de eerste jaren na de aanneming van het amendement daalde. Dat was voor het eerst sinds de invoering van het programma. De dramatische daling in Medicare-uitgaven was voornamelijk het gevolg van reducties op betalingen aan ziekenhuizen en artsen. Als gevolg van de afnemende omzet nam de winstgevendheid van alle ziekenhuizen af. Meer dan een derde van de Amerikaanse ziekenhuizen met lage bedrijfsmarges zag de winstgevendheid volledig verdwijnen. Als reactie daarop sneden ziekenhuizen agressief in hun bedrijfskosten, door hun efficiëntie en productiviteit te verhogen. Zorgverlening werd vooral efficiënter als gevolg van een minder lange verblijfsduur. De kortere verblijfsduur werd bereikt door de zorg voor patiënten met een vergelijkbare diagnose te standaardiseren om zo, voor zover mogelijk, de variabiliteit onder artsen te elimineren. Richtlijnen voor de behandeling, ook wel zorgpaden genoemd, waren het belangrijkste hulpmiddel bij het standaardiseren van de zorg.

De vermindering van de gemiddelde verblijfsduur en de daarmee samenhangende vermindering van het gemiddelde aantal aanwezige personen binnen een gemiddeld Amerikaans ziekenhuis, maakte het mogelijk om in te krimpen op het personeel en zodoende personeelskosten te besparen. Om het verlies aan Medicare-inkomsten te compenseren, moesten veel ziekenhuizen meer personeel afstoten dan de vermindering in werk rechtvaardigde. Tot ontzetting van de ziekenhuisleiding was de verbetering van de productiviteit – meer werk verrichten met minder personeel – niet genoeg om de winstgevendheid te herstellen of de bedrijfsmarges te verhogen. Het werd al gauw duidelijk dat de economische levensvatbaarheid alleen kon worden verzekerd door kostenvermindering te combineren met verhoging van de inkomsten.

De financiële accentverschuiving in de ziekenhuissector naar inkomstenverhoging en groei vond plaats in dezelfde periode als de opkomst van het zorgconsumentisme. Er is wel eens gezegd dat zorgconsumentisme 'een verandering teweeg kan brengen in de manier waarop zorgorganisaties functioneren en hoe ze concurreren en dat het mogelijk ook hun bestaansrecht in twijfel kan trekken' (Ernst & Young LLP 1998). Een toenemende erkenning van het feit dat inkomstenverhoging en groei niet kan worden bereikt zonder gehoor te geven aan de krachten van het zorgconsumentisme, heeft leiders van ziekenhuizen ertoe aangezet meer klantgericht te worden. Planetree's grootste waarde is wellicht dat het vanuit het perspectief van de zorgconsument is opgezet. Het is daarom bijzonder doeltreffend als reactie op het zorgconsumentisme.

## **PRODUCTDIFFERENTIATIE**

Zorgconsumentisme wordt gevoed door veranderingen in de maatschappij, door betere toegang tot informatie en veranderingen in de financiering van de zorg. Terwijl de welvaart stijgt, eisen consumenten die langer werken en minder vrije tijd hebben betere dienstverlening en meer gemak. Het internet heeft consumenten toegang gegeven tot informatie over de gezondheid en besluitvormingsmiddelen, die hen in staat stelt een actievere rol te spelen in hun eigen zorg. Bovendien kunnen consumenten nu kiezen uit een scala aan zorgverzekeringen, maar er wordt wel van ze gevraagd een groter deel van de kosten voor hun eigen zorg zelf te dekken. Zoals weergegeven in afbeelding 10.4 was in 2005 63,9% van de werknemers (het laatste jaar waarover de gegevens beschikbaar zijn) verzekerd via een zorgverzekeringplan met eigen risico, tegenover 47,6% in 2002 (Crimmel 2007). De eigen risicobijdragen stijgen overeenkomstig. In 2002 bedroeg het gemiddelde eigen risico voor individuele zorgverzekeringen per jaar 446 Amerikaanse dollar. Binnen drie jaar steeg het gemiddeld eigen risico tot 652 dollar per jaar, een stijging van 46,2% (zie afbeelding 10.5). Gedurende diezelfde drie jaren steeg het gemiddeld eigen risico voor een gezinsdekking met 28,6%, van 958 dollar in 2002 tot 1232 dollar in 2005 (Crimmel 2007), zie afbeelding 10.6.

Consumenten zijn tegenwoordig niet alleen méér gemotiveerd om van zorgverstrekker te veranderen; er staan hen ook meer middelen ter beschikking om ze daarbij te helpen. Deze verscherpte kritische benadering van de consument is een uitdaging voor zorgverstrekkers, van wie vele zich traditiegetrouw uitsluitend hebben onderscheiden op klinische excellentie. Klinische uitmuntendheid is essentieel, maar consumenten zien klinische competentie vaak als een gegeven en selecteren verstrekkers op basis van andere factoren. Om zich in een tijdperk van zorgconsumentisme te onderscheiden, moeten ziekenhuizen de zorg bekijken door de ogen van hun patiënten en de patiëntervaring zó veranderen, dat deze betekenisvol is voor de patiënten en hun families. De recente patiënttevredenheidsscores in Amerikaanse Planetree-ziekenhuizen documenteren hoe succesvol het Planetree-model is, voor wat betreft het tegemoetkomen aan de vraag naar meer responsieve zorg en dienstverlening. Een studie uit 2002 van de patiënttevredenheidsscores van twaalf Planetree-ziekenhuizen (van een jaar vóór tot vierentwintig maanden na de implementatie) toonde in alle bestudeerde ziekenhuizen een gemiddelde verbetering van drie of meer procentpunten. Dit gold voor algemene tevredenheid, de waarschijnlijkheid dat ze het ziekenhuis zouden aanbevelen en de bereidheid om terug te keren (Iacono 2002).

Een van deze twaalf ziekenhuizen is Griffin Hospital, een gemeenschapsziekenhuis met 160 bedden in Derby, Connecticut. Griffin voerde het model vijftien jaar geleden in, om de verslechterende cijfers met betrekking tot de patiëntvoorkeur en het aanzienlijke verlies van marktaandeel tegen te gaan. Sindsdien heeft het een reputatie opgebouwd op innovatief gebied, op het gebied van service en de uitstekende klinische resultaten en heeft het een constante stijging van patiënttevredenheid kunnen noteren. Tevens is het aantal patiënten op de verpleegafdeling met 31% gestegen (1998-2007, bij een gemiddelde groei in Connecticut van 5,7%). Het aantal poliklinisch behandelde patiënten is in dezelfde periode zelfs met 70% toegenomen.

Sharp Coronado Hospital, een ziekenhuis met 204 bedden buiten San Diego, Californië, begon vijf jaar geleden met de invoering van het Planetree-model en benadert de zorgen voor patiënten door consequent terug te keren naar drie kernvragen. Hebben we patiënten geholpen:

- hun leven waardig en in optimale gezondheid te beleven;
- zo goed mogelijk te genezen;
- te groeien op alle manieren die voor hen van betekenis zijn?

### **Afbeelding 10.4 Percentage medewerkers met een zorgverzekering met eigen risico**

Noot: Op firmagrootte, privésector, 2002-2005. Kleine bedrijven hebben minder dan vijftig medewerkers, grote meer dan vijftig.

Bron: Center for Financing, Access, and Cost Trends, AHRQ, 2005.

#### Afbeelding 10.5 Gemiddeld eigen risico voor medewerkers met individuele dekking

Noot: Op firmagrootte, privésector, 2002-2005. Kleine bedrijven hebben minder dan vijftig medewerker, grote meer dan vijftig.

Bron: Center for Financing, Access, and Cost Trends, AHRQ, 2005.

#### Afbeelding 10.6 Gemiddeld eigen risico voor medewerkers met gezinsdekking

Noot: Op firmagrootte, privésector, 2002-2005. Kleine bedrijven hebben minder dan vijftig medewerkers, grote meer dan vijftig.

Bron: Center for Financing, Access, and Cost Trends, AHRQ, 2005.

Hoe effectief het ziekenhuis is in het voorzien in de behoeften van de patiënten wordt beoordeeld aan de hand van een imago-onderzoek. In dat onderzoek wordt het beeld van het ziekenhuis en de consumentenvoorkeur voor alle verpleegafdelingen en poliklinische diensten geëvalueerd. Tussen 2003 en 2006 steeg de voorkeur onder degenen die voor het Sharp Coronado Hospital werden ondervraagd met 12 procentpunten, met een stijging van 21 procentpunten op het onderwerp 'meest responsief ten aanzien van de behoeften van de gemeenschap'. Daarnaast was er een verbetering in de scores in de voorkeur voor alle categorieën dienstverlening met een stijging van 17 procentpunten voor poliklinische chirurgie (Charmel & Frampton 2008).

## FINANCIËLE NOODZAAK

Hoewel verschillende bij Planetree aangesloten ziekenhuizen na de invoering van het model stijgingen in hun patiënttevredenheidsscores hebben gerapporteerd, verschaft het HCAHPS -onderzoek – het eerste landelijke meetinstrument voor de evaluatie van de patiëntervaring – een krachtig nieuw middel om de impact van de invoering van Planetree gestandaardiseerd te beoordelen. De vragenlijst richt zich vanuit het perspectief van de patiënt op cruciale aspecten van de ziekenhuiservaring, waaronder communicatie met verpleegkundigen en artsen, communicatie over medicatie, responsiviteit van medewerkers, hygiëne en stilte van de omgeving, evenals algemene tevredenheid en bereidheid om het ziekenhuis aan te bevelen. Hoewel deelname aan de HCAHPS-enquête aanvankelijk vrijwillig was, bood het Medicare-programma ziekenhuizen vanaf juli 2007 een financiële incentive om deel te nemen. Gebruik van de vragenlijst en publieke rapportage zijn nu vereisten voor ziekenhuizen met spoedeisende hulpfaciliteiten om de volledige Medicare Annual Payment Update (APU) voor verpleegdiensten te ontvangen. Bij ziekenhuizen die niet deelnemen wordt 2% van de APU-betaling afgetrokken.

De oorspronkelijke HCAHPS -onderzoeksresultaten die in maart 2008 openbaar zijn gemaakt, onderstrepen het verband tussen HCAHPS-prestatie en Planetree-implementatie. Zes organisaties die het Planetree-model volledig hadden geïmplementeerd, zoals weergegeven in hun deelname aan de pilottesten van het speciale programma voor Planetree-ziekenhuizen (Planetree's Patient-Centered Hospital Designation Program, in het Nederlands Planetree's keurmerk voor mensgerichte zorg), overstegen volgens de Centers for Medicare and Medicaid Services als groep het NCAHPS landelijk gemiddelde van alle tien domeinen van patiëntervaring. Zie afbeelding 10.7 en 10.8.

Vanaf oktober 2008 wordt de uitslag van de HCAHPS-enquête nog relevanter, wanneer het Medicare-programma *value-based purchasing* (VBP, inkoop op toegevoegde waarde) introduceert. Met de lancering van dit programma hoeven ziekenhuizen geen boetes meer te betalen als ze niet rapporteren. Ze gaan bovendien profiteren van de concrete financiële incentives voor superieure prestaties bij het HCAHPS-onderzoek en andere kwaliteitsindicatoren op het gebied van patiëntenzorg. Door de HCAHPS-resultaten openbaar te maken, heeft het Medicare-programma de ziekenhuizen die succesvol patiëntgerichte zorg verstrekken, zichtbaarder gemaakt; value-based purchasing heeft patiëntgerichte zorg in feite financieel noodzakelijk gemaakt.

#### Afbeelding 10.7 HCAHPS-vergelijking van gemiddelde van speciale Planetree-pilotlocaties en het landelijk gemiddelde

Noot: Eerste rapportageperiode van oktober 2006 tot en met juni 2007.

Bron: Brady, 2008.

#### Afbeelding 10.8 HCAHPS-vergelijking van gemiddelde van speciale Planetree-pilotlocaties en het landelijk gemiddelde

Noot: Eerste rapportageperiode van oktober 2006 tot en met juni 2007. Bron: Brady, 2008.

## VERBETERDE KLINISCHE RESULTATEN

Patiëntgerichte zorg wordt in toenemende mate niet alleen erkend als financieel noodzakelijk, maar ook als een essentiële basis voor veiligheid. In navolging op haar rapport uit 2001, waarin

patiëntgerichte zorg werd gedefinieerd als een van de zes elementaire doelen ter verbetering van de zorgkwaliteit, is het Institute of Medicine de relatie tussen patiëntgerichte zorg, kwaliteit en veiligheid blijven benadrukken. Het merkte op dat 'patiëntgerichte zorg, die zowel effectieve communicatie als technische vaardigheden belichaamt, noodzakelijk is om veiligheid en kwalitatief goede zorg tot stand te brengen' (Institute of Medicine 2007 ). Daarnaast wijst recent onderzoek uit dat 'door patiënten gerapporteerde gebreken in de kwaliteit van de dienstverlening verband houden met incidenten en medische fouten' (Taylor e.a. 2008). Zoals in hoofdstuk 13 meer gedetailleerd wordt beschreven, draagt een patiëntgerichte aanpak op vele manieren bij aan kwaliteit en veiligheid.

Het thema 'medische fouten' staat flink in de belangstelling bij de consument. Patiënten die onvoorziene gevolgen van een behandeling ondervinden, nemen steeds vaker gerechtelijke stappen tegen hun zorgverlener s. In de afgelopen tien jaar heeft een combinatie van factoren, onder meer het aantal en de omvang van betalingen voor medische fouten, verzekeraars ertoe aangezet hun premies voor medische aansprakelijkheid te verhogen, of medische nalatigheid helemaal niet meer te verzekeren. Als gevolg hiervan hebben de andere verzekeraars hun premies nog meer verhoogd. Voor veel ziekenhuizen betekent dit miljoenen dollars aan extra uitgaven.

Verzekeraars baseren de verzekeringspremie voor nalatigheid op een combinatie van ervaring met de ziekenhuissector en op het aantal claims van elk ziekenhuis afzonderlijk. Onderzoek toont aan dat in Amerika 1% van de ziekenhuispatiënten op een of andere wijze letsel wordt toegebracht, maar dat slechts 3% daarvan gerechtelijke actie onderneemt. Er zijn vier soorten communicatieproblemen die ertoe leiden dat patiënten gerechtelijke stappen ondernemen: het in de steek laten van de patiënt, het geen waarde hechten aan zijn mening; het slecht overbrengen van informatie en het zich niet kunnen inleven in het vooruitzicht van de patiënt (Kavaliër & Spiegel 1997). Volgens een verslag van de The Joint Commission (2007), dat is gebaseerd op meer dan vierduizend rapporten uit de afgelopen twaalf jaar, zijn misverstanden in de communicatie ook een veel voorkomende oorzaak van nadelige voorvallen.

De nadruk in het Planetree-model op betere communicatie tussen zorgverlener en patiënt, de betrokkenheid van patiënten en familie en aandacht voor het vooruitzicht van de patiënt, kan dus nadelige voorvallen, claims ten gevolge van nalatigheid en daaraan verbonden stijging van onkosten, doen afnemen. Hoewel er tot heden geen onderzoek is verricht naar de impact van het model op deze maatregelen, heeft één ziekenhuis overtuigende resultaten met betrekking tot nalatigheidclaims gerapporteerd. Afbeelding 10.9 toont een drastische afname van claims voor medische nalatigheid in de eerste negen jaar van de implementatie van Planetree. Dit ondanks een toename van zorgactiviteiten, die gewoonlijk het aantal claims doet toenemen.

Het belang van communicatie en aandacht voor het vooruitzicht van de patiënt wordt onderstreept in het Press Ganey Hospital Pulse Report uit 2008. Hieruit komt naar voren dat, op basis van onderzoeksresultaten van meer dan twee miljoen patiënten uit circa 1700 ziekenhuizen in Amerika, de top vijf van zaken die door intern verpleegde patiënten als een prioriteit voor ziekenhuizen gezien werd, allemaal te maken hadden met communicatie en empathie. Het betreft:

#### **Afbeelding 10.9 Ontslagen vergeleken met het aantal claims en claims per 10.000**

Noot: Alle afdelingen, voor de beleidsjaren 1994-2002 (financieel jaar 2003).

Het is niet zo verrassend dat elk van deze prioriteiten direct verband houdt met interactie tussen medewerkers en patiënten, hetgeen de impact onderstreept die eerstelijns zorgmedewerkers hebben op de totale ervaring van de patiënt.

## **TEKORTEN ZORGPERSONEEL**

Goed personeel werven en behouden is van groot belang voor de levensvatbaarheid van een ziekenhuis. Dit wordt bemoeilijkt door het tekort aan zorgpersoneel in Amerika, dat goed is gedocumenteerd. Uit het American Hospital Association Survey of Hospital Leaders uit 2007 blijkt dat er vanaf december 2006 in ziekenhuizen naar schatting 116.000 vacatures voor gediplomeerde verpleegkundigen waren – een landelijk gemiddelde van 8,1%. Dit tekort beperkt zich niet tot verpleegkundigen. Het vacaturecijfer voor logopedisten, ergotherapeuten en fysiotherapeuten bedraagt 11,4%, voor apothekers 8,1%, voor verpleegkundige assistenten 8%, voor niveau-4-verpleegkundigen 6,6%, voor medische laboranten 5,9% en voor radiologen 5,9%.

Financieel betekent dit dat veel ziekenhuizen gedwongen zijn om uitzendkrachten en ambulante medewerkers te gebruiken en dat zij hiervoor meer dan tweemaal het normale tarief moeten betalen. Ze hebben bovendien weinig keus, omdat ze anders genoodzaakt zijn patiënten weg te sturen als gevolg van de afgenomen capaciteit. Mede door de hoge vaste lasten van een ziekenhuis kan het hieruit voortkomende verlies aan inkomsten rampzalig zijn. Dit wordt nog verergerd door de hoge

kosten als gevolg van het verloop onder verpleegkundigen, een onderwerp waarop een aantal studies zich recentelijk hebben gericht. Het vervangen van een enkele gediplomeerde verpleegkundige kost naar schatting tussen de 22.000 en 60.000 Amerikaanse dollars (Advisory Board 1999; Jones 2005; O'Brien-Pallas e.a. 2006; Stone e.a. 2003; Waldman, Kelly, Sanjeev e.a. 2004 – zoals geciteerd in Jones en Gates 2007).

Ongelukkigerwijze zal het tekort door de op handen zijnde pensioneringen van de babyboomgeneratie en de toenemende zorg die zij nodig hebben nog groter worden. De Health Resources and Services Administration (HRSA) schat dat Amerika in 2020 een tekort van meer dan een miljoen verpleegkundigen zal hebben. Het Bureau of Labor Statistics verwacht tevens ernstige tekorten voor een aantal verwante zorgberoepen.

Het groeiende tekort dwingt ziekenhuizen een werkomgeving te creëren waar de huidige medewerkers willen blijven werken en waar toekomstige werknemers willen gaan werken. Een studie van Press Ganey uit 1999 stelde vast dat trots zijn op de werkomgeving de hoogste voorspeller was van medewerkertevredenheid. Uit het onderzoek bleek tevens dat deze eigenschappen, samen met open communicatie en uitzonderlijke managementmethodes, belangrijker zijn voor de medewerkertevredenheid dan salaris, secundaire arbeidsvoorwaarden en de werkomgeving.

Het feit dat het Planetree-gedachtegoed met zijn focus op de behoeften van de patiënt bij zoveel zorgverleners weerklank vindt, draagt in de bij Planetree aangesloten ziekenhuizen bij aan een hoge medewerkertevredenheid en een gevoel van trots. De resultaten van een Planetree-onderzoek naar medewerkertevredenheid in Planetree-ziekenhuizen laten hogere scores dan gemiddeld zien voor de ziekenhuizen die meer ervaring hadden opgedaan met de invoering van het Planetree-model. De meest significante verschillen werden gemeten op de gebieden van oriëntatie, het bevorderen van een gezonde werkomgeving, de waardering voor de organisatie, de integriteit van de leidinggevenden en de betrokkenheid van de medewerkers.

Achttien maanden na aanvang van de implementatie van het Planetree-model heeft Stamford Hospital, een specialistisch ziekenhuis met 305 bedden in Stamford, Connecticut, een stijging van de medewerkertevredenheid van het 33<sup>e</sup> tot het 60<sup>e</sup> percentiel kunnen aantonen. De ziekenhuisleiding schreef dit deels toe aan een aantal Planetree-initiatieven ter verbetering van de scores voor medewerkertevredenheid, zoals een aantal eendaagse belevingsdagen die buiten het ziekenhuis voor alle medewerkers gehouden werden en die gericht waren op het op één lijn brengen van de principes rond patiëntgerichte zorg en gemeenschapsopbouw (Charmel & Frampton 2008).

Het goedgedocumenteerde verband tussen medewerker- en patiënttevredenheid komt ook naar voren in de Planetree-filosofie: een kenmerkend grondbeginsel is de waarde van het gevoel van medewerkers zelf, dat er voor ze wordt gezorgd, zodat zij het beste voor hun patiënten kunnen zorgen. Tijdens diezelfde achttien maanden stegen gelijktijdig met de medewerkertevredenheid de tevredenheidcijfers van spoedeisende hulp patiënten in Stamford Hospital van het 44<sup>e</sup> tot het 89<sup>e</sup> percentiel, en die van patiënten op de verpleegafdelingen van het 18<sup>e</sup> tot het 75<sup>e</sup> percentiel (Charmel & Frampton 2008).

Een scala aan erkennings- en communicatieprogramma's en initiatieven op welzijnsgebied voor medewerkers, evenals een enorme trots op de zorg en service die ze verlenen, heeft ertoe bijgedragen dat het tijdschrift Fortune Griffin Hospital negen jaar achter elkaar (2000-2008) een van de 'Beste 100 werkgevers in Amerika' heeft genoemd. Deze erkenning is gebaseerd op de werkcultuur binnen de organisatie en de tevredenheidsscores van een willekeurige steekproef onder medewerkers. Deze erkenning betekent dat Griffin in 2007, ondanks de tekorten aan zorgpersoneel, 6691 sollicitaties voor 180 vacatures ontving. Het is duidelijk dat het cultiveren van een werkomgeving waar medewerkers zich gewaardeerd, erkend en mondig voelen, een belangrijke uitwerking kan hebben op de inkomsten van een ziekenhuis.

## **TOT BESLUIT: EEN STERKE BUSINESS CASE**

Bijna dertig jaar ervaring met meer dan 140 diverse zorginstellingen die het Planetree-model in praktijk brengen, heeft de concrete voordelen van patiëntgerichte zorg aangetoond. Deze instellingen hebben afzonderlijk, als gevolg van de implementatie van het model, vele klinische en operationele voordelen gerealiseerd. Bijvoorbeeld hogere patiënttevredenheid, minder verloop van personeel, betere werving van personeel, kortere verblijfsduur van patiënten, minder terugkerende bezoeken aan de SEH, minder fouten bij de medicatie en minder aansprakelijkheidsclaims. In het kader van een toenemende concurrentie op de markt, toenemend zorgconsumentisme, de trend naar meer transparantie en de belemmerende invoering van value-based inkopen, hebben deze voordelen meer gevolgen dan ooit tevoren. Ziekenhuizen kunnen patiëntgerichte zorg niet langer als oppervlakkig of irrelevant bestempelen. Integendeel, om zich te verzekeren van kwalitatief goede zorg, hoge patiënttevredenheid en een optimale verdeling van inkomsten en uitgaven, zien slimme

zorgverstrekkers in hoe belangrijk het is om naar de stem van de patiënt te luisteren en om zorg te verstrekken die inspeelt op de ontvangen feedback. Instellingen die trachten te ontdekken wat de verwachtingen en voorkeuren van de consument zijn en proberen daarop in te spelen, zullen in staat zijn om het hoofd te bieden aan positionering in scorelijsten, metingen en nauwkeurig onderzoek van mondige consumenten en in toenemende mate kieskeurige betalers. Zij zullen duidelijk klaarstaan om de vruchten te plukken.

Hoewel de investeringen in tijd, aandacht en middelen die nodig zijn om het Planetree-model in te voeren niet onbelangrijk zijn, vallen deze duidelijk in het niet naast de potentiële opbrengsten. De waarde is aangetoond, en de sterke business case moet de aanzet geven tot een grotere verspreiding van patiëntgerichte zorg.

## LITERATUUR

- Advisory Board Company. 'A Mislplaced Focus: Reexamining the Recruiting/Retention Trade-Off.' In: *Nursing Watch*, 1999,11, 114.
- American Hospital Association. *2007 AHA Survey of Hospital Leaders*. Washington, D.C.: American Hospital Association, July 2007.
- Brady, C. 'Making Patient-Centered Care More Visible.' In: *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, 2008,1(2), pp. 77-84.
- Center for Financing, Access, and Cost Trends, Agency for Healthcare Research and Quality. *Insurance Component of the Medical Expenditure Panel Survey*, 2005.
- Charmel, P., Frampton, S.B. 'Building the Business Case for Patient-Centered Care.' In: *HFM Magazine*, 2008, 62(3), pp. 80-85.
- Crimmel, B.L. 'Deductibles for Employer-Sponsored Health Insurance in the Private Sector, by Firm Size Classification, 2002-2005.' In: *Agency for Healthcare Research and Quality*. Rockville, Md.: Nov. 2007. ([www.meps.ahrq.gov/mepsweb/data\\_files/publications/st190/stat190.pdf](http://www.meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st190/stat190.pdf)).
- Ernst & Young LLP. *Built to Last Means Built to Change: Medicare+Choice and the New Health Care Consumerism*. Score No. 0-00200. Cleveland, Ohio: Ernst & Young Publications for the Health Care Industry, June 1998.
- Iacono, S. 'Planetree Philosophy: A Study on the Relationship of Patient Satisfaction and Utilization of a Planetree Model in Care Delivery.' In: *Plane Talk*, Sept.-Oct. 2002, pp. 1-4.
- Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the Twenty-First Century*. Washington, D.C.: National Academies Press, 2001.
- Institute of Medicine. *Preventing Medication Errors*. Washington, D.C.: National Academies Press, 2007.
- Joint Commission's Root Causes of Sentinel Events. Sept. 2007. ([www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/FA465646-5F5F-4543-AC8F-E8AF6571E372/0/root\\_cause\\_se.jpg](http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/FA465646-5F5F-4543-AC8F-E8AF6571E372/0/root_cause_se.jpg)).
- Jones, C. 'The Cost of Nurse Turnover, Part 2: Application of the Nursing Turnover Cost Calculation Methodology.' In: *Journal of Nursing Administration*, 2005, 35(1), pp. 41-48.
- Jones, C., Gates, M. 'The Costs and Benefits of Nurse Turnover: A Business Case for Nurse Retention.' In: *Online Journal of Issues in Nursing*, 2007,12(3).
- Kavaliar, F., Spiegel, A.D. *Risk Management in Health Care Institutions*. Sudberry, Mass.: Jones & Bartlett, 1997.
- Martin, D. e.a. 'Randomized Trial of a Patient-Centered Hospital Unit.' In: *Patient Education and Counseling*, 1998, 34(2), pp. 125-133.
- O'Brien-Pallas, L. e.a. 'The Impact of Nurse Turnover on Patient, Nurse and System Outcomes: A Pilot Study and Focus for a Multicenter International Study.' In: *Policy, Politics, and Nursing Practice*, 2006, 7(3), pp. 169-179.
- Press Ganey Associates, Inc. 'One Million Patients Have Spoken: Who Will Listen?' In: *Satisfaction Monitor*, 1999.
- Press Ganey Associates, Inc. *Hospital Pulse Report: Patient Perspectives on American Health Care*. 2008. ([www.pressganey.com/galleries/default\\_file/2008\\_Hospital\\_Pulse\\_Report.pdf](http://www.pressganey.com/galleries/default_file/2008_Hospital_Pulse_Report.pdf)).
- Stone, P.W. e.a. *An International Examination of the Cost of Turnover and Its Impact on Patient Safety and Nurse Outcomes*. Proceedings of the 37th Biennial Convention, Sigma Theta Tau International, Toronto, Ont., 2003.
- Stone, S. 'A Retrospective Evaluation of the Planetree Patient-Centered Model of Care Program's Impact on Inpatient Quality Outcomes.' Doctoral dissertation, University of San Diego, 2007.
- Taylor, B.B. e.a. 'Do Medical Inpatients Who Report Poor Service Quality Experience More Adverse Events and Medical Errors?' In: *Medical Care*, 2008, 46(2), pp. 224-228.



Waldman, J.D., Kelly, F. & Sanjeev, A. 'The Shocking Cost of Turnover in Health Care.' In: *Health Care Management Review*, 2004, 29(1), 27.