

DE BESTE STUURLUI AAN HET ROER

Artsen en verpleegkundigen tonen hun leiderschap



Koppels van arts en verpleegkundige geven in het Amsterdamse AMC leiding aan het realiseren van de academische kerntaken. Patiëntenzorg, opleiding en onderzoek ondervinden de consequenties van deze aanpak, die 'The professional in the lead' wordt genoemd.

R. SIMONS C.S.

Om de academische kerntaken beter te kunnen realiseren, heeft het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam getracht patiëntenzorg, opleiding en wetenschappelijk onderzoek een nieuwe vorm te geven onder het motto 'The professional in the lead'. Het idee hierachter is dat verantwoordelijkheden en bevoegdheden het best kunnen liggen bij degenen die het uiteindelijke resultaat boeken. Artsen en verpleegkundigen nemen daarbij de verantwoordelijkheid en tonen leiderschap; het bedrijfskundig management adviseert en ondersteunt vooral. Het doel van deze benadering is de uiteindelijke verbetering van de zorg voor patiënten.

DECENTRALISATIE

Om verbeteringen in de patiëntenzorg te realiseren, besloot het AMC in 1988 om de organisatie verregaand te decentraliseren. Clusters van medische afdelingen werden ondergebracht in acht klinische divisies. Het bestuur van de divisie berust bij één van de medische afdelingshoofden als voorzitter en een verpleegkundig bestuurder. Dit duo wordt ondersteund door een directeur bedrijfsvoering, die fungeert als sparringpartner en op basis van de vastgestelde inhoud mensen en middelen inzet. Elke divisie stelt een

verpleegkundigen in België blijkt dat de relatie van verpleegkundigen met andere disciplines, in het bijzonder artsen, een spanningsveld vormt.² Ook in het AMC werd dit zo ervaren; artsen en verpleegkundigen stelden vast dat de wederzijdse beeldvorming en het vertrouwen in elkaar een effectieve samenwerking vaak in de weg stonden. De belangrijkste samenwerkingsproblemen traden op bij de dagelijkse visite en bij het verkrijgen van inzicht in de geboekte werkresultaten.

DAGELIJKSE VISITE

De dagelijkse visite vindt plaats tijdens het spitsuur van werkzaamheden op de afdeling. Doordat de verantwoordelijkheid voor de organisatie van de visite te zeer bij de individuele verpleegkundige was gelegd, ontbrak een centrale aansturing. Bovendien ontbrak bij de artsen de discipline als het ging om starttijd, inhoud en besluitvorming bij de ronde langs patiënten. Dit leidde tot wederzijdse irritatie en misverstanden die de kwaliteit van het onderlinge overleg aantastte.

Als oplossing werden basale afspraken met alle betrokkenen gemaakt; de directe verantwoordelijkheid voor het toezicht daarop lag bij de verpleegkun-

dige anamnese afgenomen en een zorgplan opgesteld, waarin de belangrijkste zorgproblemen worden vermeld. Hierdoor is de verpleegkundige op de hoogte van de actuele gegevens van de hem of haar toegewezen patiënten.

INTERNE VISITATIE

Om een volledig beeld te krijgen van de zorgkwaliteit ontstond bij artsen en verpleegkundigen het idee om een model voor interne visitatie te ontwerpen, waarbij teams van ervaren collega's de klinische afdelingen visiteren. In lijn met de filosofie van 'the professional in the lead', hebben artsen en verpleegkundigen ervoor gekozen zelf de verantwoordelijkheid te nemen om de kwaliteit van de patiëntenzorg te toetsen. De regie voor de visitaties is in handen van de Commissie Interne Visitatie, die is samengesteld uit gezaghebbende medici en verpleegkundigen. Jaarlijks worden tien afdelingen gevisiteerd; elke afdeling wordt minimaal eens per vier jaar bezocht. De Commissie stelt de visitatieteams samen, waarbij rekening wordt gehouden met de karakteristieken van de te visiteren afdeling. Alle visitatoren zijn getraind voor deze functie en nemen minimaal twee keer per jaar deel aan een visitatie. Een secretaris begeleidt en ondersteunt elke visitatie, en verzorgt ook de voorbereiding en de evaluatie.

Uitgangspunten in het visitatieprogramma zijn de (bij wet verankerde) verantwoordelijkheid van het afdelingshoofd voor de kwaliteit van de patiëntenzorg en de cruciale rol die de medische staf, het team van chef werkplek en hoofdverpleegkundige, en de verpleegkundigen vervullen bij de patiëntenzorg. De visitatie bestaat uit een bezoek aan de afdeling en gesprekken met alle betrokkenen. Verder worden enkele medische en verpleegkundige statussen volgens een vast stramien beoordeeld en wordt aandacht besteed aan de voor de betrokken afdeling specifieke aspecten van de patiëntenzorg. Het visitatieteam beschrijft zijn bevindingen en aanbevelingen in een rapport, dat door de commissie definitief wordt vastgesteld. Om maximaal van de ervaringen te leren heeft de secretaris enige weken na de visitatie een evaluatiegesprek met het afdelingshoofd van de gevisiteerde afdeling.

Sinds juni 2003 zijn er vijftien visitaties uitgevoerd. Aanbevelingen in de visitatierapporten hebben veelal betrekking op:

>>

Meer complementariteit en minder hiërarchie

medisch profiel op. In dit profiel staan de aard en de omvang van de gewenste patiëntencategorieën, en de betekenis daarvan voor de regionale basiszorg, het onderzoek en het onderwijs aan studenten en de opleiding van medische specialisten. Het divisiebestuur is ervoor verantwoordelijk dat de geplande resultaten worden gerealiseerd.

ARTS EN VERPLEEGKUNDIGE

Om goede zorg te kunnen leveren moeten arts en verpleegkundige samenwerken en effectief communiceren. De hedendaagse relatie tussen arts en verpleegkundige wordt gekenmerkt door complementariteit en minder dan vroeger door hiërarchie. De feitelijke samenwerking wordt bepaald door de bereidheid en de mogelijkheden tot samenwerken en de daarbij behorende organisatorische randvoorwaarden.¹ Uit onderzoek onder

dige leiding. Tijdstip, inhoud, rolverdeling en besluitvorming tijdens de visite werden vastgelegd in afspraken. En er wordt nu een planning gemaakt voor de komende 24 uur met als vaste onderdelen: behandel- en diagnoseplan, zorgplan en ontslagmanagement. Verder is er gelegenheid gecreëerd voor *bedside teaching*. De verbetering van het visitelopen is geborgd door dit te bespreken in het maandelijks overleg tussen verpleegkundige en medische leiding.

KWALITEITSINDICATOREN

Omdat er tevens behoefte was aan meer inzicht in de kwaliteit van de zorg werd door artsen en verpleegkundigen een aantal indicatoren ontwikkeld, die een afspiegeling zijn van wat door beide groepen als goede zorg werd omschreven. Zo wordt bijvoorbeeld bij elke patiënt binnen 24 uur een volledige verpleegkun-

- << - het communiceren met de staf en andere betrokkenen over de ambities en deze vertalen in gewenste resultaten; bijvoorbeeld een beleidsplan dat met alle medewerkers is besproken;
- het definiëren van gewenste uitkomstmaten die de afdeling zelf ziet als representatief voor goede kwaliteit;
- de kwaliteit van het patiëntenzorgoverleg en de afstemming van zorgen en behandelplannen tussen artsen en verpleegkundigen; bijvoorbeeld de organisatie van de dagelijkse visite;
- de organisatie van de werkplek, zoals het beheer van de wachtlijst of logistieke aspecten, de doorlooptijd van ontslagbrieven, dossiervoering, supervisie bij diensten et cetera.

Visitatoren en gevisiteerden zijn van mening dat de beschikbaarheid van meer objectieve gegevens en zelf benoemde indicatoren de indringendheid en effectiviteit van de visitaties verder zullen vergroten. Het huidige visitatiesysteem blijft 'werk in uitvoering': het model wordt voortdurend aangepast aan nieuwe inzichten en ervaringen. Voorlopig zal de nadruk liggen op het ontwikkelen van voor het vakgebied relevante indicatoren, meer feedback over de kwaliteit van de verpleegkundige zorg en dienstverlening en het bieden van ondersteuning aan afdelingshoofden die daar behoefte aan hebben.

HBO-V ACHTERHAALD

Samenwerking aan het bed betekent elkaars sparringpartner zijn. Maar daarvoor schoot de kennis bij klinisch verpleegkundigen tekort, evenals de 'klinische blik', technische vaardigheden, zorgregie en professioneel gedrag. Oorzaak hiervan zijn lacunes in de hbo-verpleegkunde opleiding, waarin de praktijk op de achtergrond is geraakt. Immers, nadat het 'in service'-onderwijs, ontstond een scheiding tussen de theoretische vorming en de praktijk van de (academische) patiëntenzorg. Critici van het opleidingsstelsel constateerden dat het hbo-niveau niet wordt bereikt doordat voorbeeldrollen in de praktijk ontbreken, er onvoldoende relatie tussen opleidingsinstituut en klinische praktijk is, het docentencorps is verouderd, het de docenten ontbreekt aan actuele kennis en de studenten niet adequaat worden begeleid.

Vanwege deze bezwaren hebben het AMC, de Hogeschool van Amsterdam en de Universiteit van Amsterdam in 2004 de Amsterdam School of Nursing (ASN) opgericht.³ In dit vernieuwde en verzwaarde hbo-V-curriculum krijgt de vaardigheid 'klinisch redeneren' weer meer aandacht en zijn basisvakken als anatomie, fysiologie en pathologie teruggekeerd. Het initieel onderwijs wordt aangevuld met modules op het terrein van de intensieve klinische zorg. Verder krijgen verpleegkundi-

Elkaars sparringpartner zijn

gen training in klinische aspecten van frequent voorkomende ziektebeelden, vaardigheidsonderwijs met behulp van lotusslachtoffers, methodisch werken en communicatievaardigheden. Met deze maatregelen is het primaat van opleiding weer voor een belangrijk gedeelte neergelegd bij de zorginstelling.

LEERWERKPLAATSEN

In het AMC neemt de gemiddelde ligduur nog steeds af en in die kortere opnameperiode ziet de patiënt steeds meer disciplines aan zijn bed. Van de verpleegkundige wordt daarom een meer prominente regiefunctie verwacht. Om deze vaardigheid aan te leren zijn 'leerwerkplaatsen' ingericht. Studenten op een leerwerkplaats zijn verantwoordelijk voor de planning van personeel in relatie tot het opnamebeleid, de organisatie rond ontslag of overplaatsing, het opstellen van het behandel- en verpleegplan in afstemming met andere disciplines, het realiseren van de gewenste kwaliteit en dienstverlening, het organiseren van multidisciplinair overleg, de begeleiding van jongerejaarsstudenten et cetera. De rol van de gediplomeerde collega is om met de 'handen op de rug' als coach toe te zien en de juiste vragen te stellen. Heeft dit alles geleid tot betere samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen? Als het perso-

neelsverloop en de tevredenheid onder beide groepen als maat worden gebruikt, is dit zeker het geval.

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

De medische en verpleegkundige professionals moeten ook de resultaten van wetenschappelijk onderzoek kunnen implementeren in de dagelijkse patiëntenzorg. Bovendien moeten zij vragen en onzekerheden in de klinische praktijk kunnen vertalen in concrete onderzoeksvragen. Om zich die attitude eigen te maken, worden ook de nieuwe hbo-V-studenten vertrouwd gemaakt met de beginselen van evidence-based practice (EBP). In het medische curriculum wordt vanaf het komende studiejaar EBP als rode draad in de opleiding meegenomen. Door een open, kritische houding kan men veel medische of verpleegkundige tradities en rituelen herkennen



Via www.medischcontact.nl/dezeweek vindt u onder meer informatie over de Commissie Interne Visitatie van het AMC, de Amsterdam School of Nursing, Verpleegkunde bij de Hogeschool van Amsterdam en een link naar the Dutch Cochrane Centre.



SAMENVATTING

waarvan de achterliggende motivatie niet altijd duidelijk is. Veelal is onzeker wat de optimale handelwijze is. Zulke situaties brengen de professional op ideeën voor het doen van onderzoek en het ontwikkelen van evidence-based richtlijnen. Dergelijk onderzoek kan het best worden geïnitieerd en uitgevoerd door artsen en verpleegkundigen die nauw betrokken zijn bij de patiëntenzorg.

Om degelijk patiëntgebonden onderzoek te verrichten en het EBP-gedachtegoed uit te dragen ondersteunt het AMC hen met cursussen (met name voor artsen) en opleidingen (voor verpleegkundigen). Zo leren verpleegkundigen in de tweejarige opleiding tot Master of Science in 'evidence-based practice', zelfstandig velerlei typen onderzoek opzetten en uitvoeren.⁴ Daarnaast wordt ondersteuning geboden bij het schrijven van subsidieaanvragen voor nieuw onderzoek. In 1999 heeft het AMC het Centrum Richtlijnen voor het Klinisch Handelen opgezet. Dit centrum begeleidt artsen en verpleegkundigen methodologisch bij het opstellen en implementeren van evidence-based richtlijnen. Bovendien heeft het AMC het voorrecht dat het Dutch Cochrane Centre zich binnen zijn muren bevindt. Dit centrum ondersteunt het verrichten van systematisch literatuuronderzoek. Deze reviews worden gezien als het hoogste niveau van bewijs, op basis van een meta-analyse van kwalitatief goede studies. Idealiter zijn ze de bouwstenen voor evidence-based richtlijnen.

Door de samenwerking tussen arts en verpleegkundige bij het doen van wetenschappelijk onderzoek is de effectiviteit van diverse diagnostische of therapeutische interventies in de kliniek aan de kaak gesteld. Dit resulteerde in de publicatie van systematische literatuuronderzoeken, bijvoorbeeld over verbandmate-

rialen voor lokale wondbehandeling.⁵ Nieuwe richtlijnen zijn geïntroduceerd, bijvoorbeeld voor postoperatieve handelingen op chirurgische afdelingen, zoals het nut van postoperatief temperatuur meten,⁶ en effectiviteit van verschillende wijzen van katheteriseren.⁷ Ook in andere divisies zijn handelingen wetenschappelijk onderzocht. Zo is op de oncologische afdeling het monitoren van hyperhydratie bij cytostatica-behandeling onderzocht.⁸

WERK AAN DE WINKEL

Ondanks deze initiatieven sorteerden veel projecten die verbetering van de kwaliteit van patiëntenzorg beoogden, niet altijd het volledige effect. Na analyse bleken de volgende factoren van invloed:

- In de hectiek van de dagelijkse patiëntenzorg besteedde men vaak onvoldoende aandacht aan veranderingen. Bij veel projecten lag de nadruk op inspiratie en was er onvoldoende aandacht voor facilitatie en implementatie.
- Het afdelingshoofd, dat eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit van de patiëntenzorg en de bevoegdheid heeft om veranderingen aan te brengen, is vaak niet of alleen zijdelings bij een project betrokken.
- Patiënten geven zelden rechtstreekse kritiek op de werkwijze van artsen en verpleegkundigen.
- Veel medewerkers zien het ziekenhuis als een betrekkelijk beschermd werplek, waardoor de noodzaak ontbreekt om kritisch naar de eigen werkwijze te kijken. Bovendien stonden medewerkers sceptisch tegenover nieuwe initiatieven doordat veel projecten een hoop extra werk en weinig resultaten opleverden. Zij hadden de voorkeur om knelpunten aan te pakken waarbij zij zich probleemgeenar voelden.

Aan deze factoren wordt nu extra aandacht besteed bij het genereren en uitvoeren van nieuwe initiatieven. ■

- *In een poging om de academische kerntaken beter te realiseren, heeft het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam diverse initiatieven ontplooid met het uiteindelijke doel: de kwaliteit van de patiëntenzorg te verbeteren.*
- *De medische en verpleegkundige professionals hebben hierbij het initiatief in handen; het bedrijfskundig management speelt een faciliterende rol.*
- *De Amsterdam School of Nursing is opgericht met het oogmerk theorie en praktijk optimaal te integreren.*
- *Klinisch wetenschappelijk onderzoek wordt gestimuleerd volgens het principe van evidence-based practice.*
- *Het verbeteren van de patiëntenzorg blijft in ontwikkeling. Een goede samenwerking tussen de medische en verpleegkundige professionals die de initiatiefnemers zijn voor verbeteringen, lijkt essentieel voor een effectieve kwaliteitsverbetering.*

dr. P.J.M. Bakker,
internist, oncoloog

dr. A. Goossens,
verpleegkundige, epidemioloog

prof. dr. R.J. de Haan,
verpleegkundige, epidemioloog

prof. dr. L.J. Krol,
kinderarts

R. Simons,
verpleegkundig bestuurder

dr. D.T. Ubbink,
arts, epidemioloog

H. Vermeulen msc.
verpleegkundige, onderzoeker

Academisch Medisch Centrum te Amsterdam

Correspondentieadres: r.simons@amc.uva.nl

Referenties

1. Linden F van der. Ziek! en dan? Een case-study naar de samenwerking tussen werkgever, werknemer, Arbo-dienst en uitvoeringsinstelling in het eerste ziektejaar. Maastricht, 2000.
2. Wetsvoorstel tot oprichting van een verpleegkundige adviesraad. Brussel: Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2004.
3. Amsterdam School of Nursing. Meerjarenplan 2005-2007.
4. Universitaire Masterstudie Evidence-based Practice AMC. www.amc.nl/masterebp.
5. Vermeulen H, Ubbink D, Goossens A, de Vos R, Legemate D. Dressings and topical agents for surgical wounds healing by secondary intention. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1.
6. Vermeulen H, Storm-Versloot MN, Goossens A, Speelman P, Legemate D. A study on diagnostic accuracy of routine postoperative temperature measurements. *Infect Dis* 2005; 40 (10): 1404-10.
7. Baan AH, Vermeulen H, Meulen J van der, Bossuyt P, Olszyna D, Gouma DJ. The Effect of Suprapubic Catheterization versus Transurethral Catheterization after Abdominal Surgery on Urinary Tract Infection: A Randomized Controlled Trial. *Dig Surg* 2003; 20 (4): 290-5.
8. Mank A, Semin-Goossens A, Lelie J, Bakker P, Vos R. Monitoring hyperhydration during high-dose chemotherapy: body weight or fluid balance? *Acta Haematol* 2003; 109 (4): 163-8.