

kunnen ontwikkelen, moet je werkprocessen in kaart brengen. Dat is bewerkelijk en dus kostbaar. Dat doe je liever met eigen mensen dan met ingehuurde externen.”

Waar moeten zorginstellingen aan denken als ze RPA willen inzetten? Maartje: “Ik raad aan om goed naar het functionele proces te kijken. Hoe zit het proces in elkaar? Waarom doe je het zo? Kan het ook anders? Wat wil je oplossen met RPA? Vaak is de hoofdlijn van een proces wel duidelijk, die is zo opgesteld. Maar je moet ook alle uitzonderingen meenemen,

en dat kost veel tijd. Een softwarerobot kan immers niet zelf nadenken en informatie interpreteren.”

Naast het oplossen van vele vraagstukken hebben Maartje en Edwin nog één belangrijke toekomstdroom als het gaat om RPA: een landelijke bibliotheek van softwarerobots. Edwin: “Er zijn meerdere zorginstellingen die met RPA werken of die dat willen, en die dezelfde systemen hebben. RPA bestaat uit Legoblokjes die je kunt hergebruiken. Als je die opslaat in een bibliotheek waar iedereen ze kan hergebruiken, dan is dat veel efficiënter.”

TIPS

1. Als je een pilot wilt gaan doen met RPA, denk dan alvast na over wat je volgende project is. Dat voorkomt dat je in een zwart gat valt als de pilot is afgelopen. Als iedereen enthousiast is, moet je snel kunnen doorpakken: smeed het ijzer als het heet is.
2. Zorg dat je interne medewerkers volledig meeneemt. Die kunnen daarna eventueel zelf softwarebots gaan ontwikkelen. Dat is een stuk goedkoper dan externen inhuren. Leg ook goed uit dat RPA hun werk niet afpakt, maar juist leuker en makkelijker maakt door de saaie klussen over te nemen.
3. Kijk niet alleen of RPA technisch kan, maar leg vooral het functionele proces onder de loep.
4. Het hoofddoel van RPA is zorgen voor minder werkdruk en meer werkplezier. Daarnaast zorgt RPA voor een betere datakwaliteit en dus een grotere patiëntveiligheid.
5. Zoek altijd de balans. Voor structurele softwarerobots maak je de afweging: hoeveel werk kost het om het proces in beeld te krijgen en alle mappings goed te hebben, versus: hoe lang doet een medewerker over een bepaalde taak? Voor 200 patiënten is RPA waarschijnlijk niet de moeite, voor 20.000 patiënten loont het zich al snel wel. Bij tijdelijke softwarerobots, voor bijvoorbeeld een migratie, kijk je: is het handig om dit als mens over te zetten of gaan we investeren in een tijdelijke softwarerobot?

Tijd voor een integrale kijk op kwaliteit van zorg

“Kijk je maar naar een enkele dimensie, dan zet je als het ware alle roeiers aan dezelfde kant van de boot. Dat lijkt vooruit te gaan, maar uiteindelijk kom je nergens.”

Door: Jonas Rubrech



Alle verbeteringen beginnen met een plan. Het meest omvangrijke verbeterplan voor de zorg is op dit moment toch wel het Integraal Zorgakkoord (IZA). Kritiek is er voldoende geweest op dit akkoord, zowel vanuit de betrokken sectoren als vanaf de zijlijn. Aan dat laatste wil ik me zeker niet schuldig maken, al is het maar omdat ik vind dat optimisme een noodzakelijke basishouding is om ambities als deze enige kans van slagen te geven. Wel zou ik graag een aanvulling willen doen, in de hoop dat dit partijen in de uitvoering helpt om de duurzame impact te maximaliseren. Een integrale kijk op kwaliteit van zorg, waarmee de I van IZA nog wat meer betekenis krijgt.

Van Rijksoverheid.nl: “In het Integraal Zorgakkoord staan afspraken tussen de overheid en een groot aantal partijen in de zorg. Het doel is de zorg in Nederland te verbeteren en voor te bereiden op de toekomst.” Het gaat dus om verbeteren. Wat gaan we dan verbeteren? Een logisch antwoord lijkt: kwaliteit. Niet voor niets staat het op de website van de Rijksoverheid onder het kopje ‘Kwaliteit van Zorg’.

Het woord kwaliteit komt maar liefst 187 keer voor in het IZA, vooral als ‘beste kwaliteit’, ‘goede kwaliteit’ of simpelweg ‘de kwaliteit van zorg’. Dat doet vermoeden dat we allemaal wel weten wat daarmee bedoeld wordt. De vraag is of dit wel zo vanzelfsprekend is. Een duiding van het begrip kwaliteit of een visie daarop ontbreekt. Ook wordt kwaliteit van zorg geplaatst naast betaalbaarheid en toegankelijkheid als de drie speerpunten van het akkoord. Maar waarom zijn dat drie losse dingen? Waarom is betaalbaarheid geen integraal onderdeel van kwaliteit? Je kunt kwaliteit immers niet los zien van de prijs die je bereid bent ervoor te betalen. Idem voor toegankelijkheid: is ontoegankelijke zorg niet per definitie slechte zorg? Het risico bestaat dat initiatieven zich richten op een van de drie en daarmee verbeteringen op het ene onderwerp kunnen leiden tot verslechtingen op het andere waardoor we er netto weinig mee opschieten.

Overigens geldt dit niet alleen voor het IZA; vaker wel dan niet wordt gefocust op verbetering van een enkel aspect, zonder te kijken naar andere aspecten die de kwaliteit van zorg evenzeer beïnvloeden. Denk aan de vele trajecten die enkel gericht zijn op efficiëntie of kosten. Als je een auto koopt kijk je ook niet de ene keer naar de betrouwbaarheid, de andere keer naar de >>>



veiligheid, bij je volgende auto louter naar efficiëntie en weer een andere keer naar de betaalbaarheid. Je zoekt altijd naar de optimale mix van al deze facetten. En ook dan snappen we dat deze aspecten onderlinge relaties hebben.

Zes dimensies van kwaliteit

Dan toch eerst maar even een definitie van kwaliteit. Daar zijn er tallozen van. De definitie die ik hanteer is deze: kwaliteit is het goede doen en dat goed doen. Anders gezegd: de mate van kwaliteit is de mate waarin je als sector (of organisatie, afdeling, professional, ...) in staat bent je bestaansrecht te verwezenlijken. Dat vraagt focus op wat nu eigenlijk je bestaansrecht is (het goede doen) en dat je de realisatie daarvan, je primaire proces, zo optimaal mogelijk vormgeeft (het goed doen).

Om meer grip te krijgen op de belangrijkste thema's die samen kwaliteit van zorg vormen en met een aanleiding die sterk lijkt op die van het IZA, formuleerde het Amerikaanse Institute of Medicine de zogeheten 'Aims for Improvement' (Crossing the Quality Chasm, 2001), een zestal dimensies van kwaliteit waar verbeteringen op gericht kunnen zijn:

- **Veiligheid**

Zorg is bedoeld om mensen te helpen, niet om schade toe te brengen. In zekere zin een onder-

grens van kwaliteit en daarmee een minimale vereiste.

- **Effectiviteit**

De juiste zorg wordt geboden en heeft het beoogde resultaat. De zorg sluit aan bij de stand van wetenschap en praktijk en er is geen sprake van over- of onderbehandeling.

- **Patiëntgerichtheid**

Respectvolle zorg met aandacht voor de individuele voorkeuren, waarden, behoeften en behandel-doelen van een patiënt, waarbij deze ook leidend zijn in de wijze waarop zorg wordt vormgegeven.

- **Tijdigheid**

Simpelweg: zorg op het juiste moment (wat niet altijd hetzelfde is als 'zo snel mogelijk').

- **Doelmatigheid**

Ook wel: efficiënt. Het voorkomen van verspilling van geld, menskracht, middelen, apparatuur, energie, etc.

- **Gelijkheid**

Zorg waarvan de kwaliteit en toegankelijkheid niet varieert als gevolg van persoonlijke kenmerken van een patiënt zoals gender, etniciteit, locatie of sociaaleconomische status.

In een plaatje zou dat er zo uit kunnen zien:



(Bron: Kwaliteit verbeteren in de Zorg – Rubrech, J & Stuyling de Lange, G.E. - 2022)

Het mooie van deze benadering, is dat direct duidelijk wordt dat de verschillende dimensies van kwaliteit communicerende vaten zijn. Kwaliteit van zorg wordt niet bepaald door de score op één van de dimensies, maar op de totale score op alle zes. Een integrale kijk

op kwaliteit dus, die een vollediger en genuanceerder beeld geeft van kwaliteit.

In de praktijk, en mogelijk ook in het IZA, bedoelen we met kwaliteit vaak enkel de effectiviteit waarbij de stand van wetenschap en praktijk leidend is. En dat is simpelweg te eenzijdig. Want wat als de gemiddelde buigingshoek van een knie na een knieoperatie verbetert (effectiviteit), terwijl de kans op complicaties toeneemt (veiligheid)? Of als de wachttijd voor een behandeling korter wordt (tijdigheid), maar patiënten daardoor wel behandeld worden als een nummer (patiëntgerichtheid)? Of als een proces uitermate efficiënt is door digitalisering (doelmatigheid), maar daardoor minder digitaal vaardige patiëntgroepen afhaken (gelijkheid)? Et cetera.

Het punt is duidelijk: kijk als het over kwaliteit van zorg gaat naar alle dimensies van kwaliteit en breng in kaart op welke dimensies je voorgestelde interventies effect hebben, zowel positief als negatief. Kijk je maar naar een enkele dimensie, dan zet je als het ware alle roeiers aan dezelfde kant van de boot. Dat lijkt vooruit te gaan, maar uiteindelijk kom je nergens.

Cursus Adviseur Kwaliteit en Veiligheid in de Zorg

Het Studiecentrum Bedrijf en Overheid organiseert een aantal keer per jaar de vierdaagse cursus 'Adviseur Kwaliteit en Veiligheid in de Zorg'. Jonas Rubrech is een van de docenten en verzorgt een groot deel van de eerste lesdag. Aan de hand van zijn boek 'Kwaliteit verbeteren in de Zorg' neemt hij cursisten mee in wat kwaliteit is, hoe je komt tot duurzame verbeteringen en wat onmisbare adviesvaardigheden zijn.

Kijk voor meer informatie op:

www.sbo.nl/zorg/opleiding-adviseur-kwaliteit-en-veiligheid-de-zorg/

