
Kwaliteitshandboek en kwaliteitsmeting in de geriatrische zorg, een zegen of een hype?

Auteurs: Eddy Dejaeger

Een kwaliteitshandboek wordt gedefinieerd als een opgave van handelingen en procedures die een bepaalde zorg(instelling) moet naleven met het oog op de kwaliteit van de dienstverlening. Wanneer men zich tot doel stelt de zorg te optimaliseren of als men wil innoveren dan moet men duidelijk weten waarvan men vertrekt. Anders gezegd, bij de start moet men de huidige toestand op een of andere wijze gaan kwantificeren, gaan meten. Eerst zullen we trachten te definiëren wat we verstaan onder kwaliteitsvolle zorg, vervolgens zullen we de kwaliteitsindicatoren onder de loep nemen en tenslotte zullen we nader ingaan op de inhoud van een kwaliteitshandboek.

Met kwaliteitsvolle zorg bedoelt men een gezondheidszorg die consistent is met de standaard zorg en waarvan men kan veronderstellen dat ze de kans tot het verkrijgen van het gewenste resultaat zal verhogen. Vanuit maatschappelijk standpunt komt er nog bij dat deze zorg zo efficiënt mogelijk dient te gebeuren en dat de voorhanden zijnde middelen (en die zijn zeker niet onuitputtelijk) op een billijke manier verdeeld moeten worden.

De huidige evolutie van de geneeskunde wordt gekenmerkt door een explosieve toename van kennis, een beter inzicht in de pathofysiologie van diverse aandoeningen, een reeks nieuwe technologieën en door innovatieve behandelingen. Dit leidt wellicht tot een toename van de gemiddelde levensverwachting maar wat nog veel belangrijker is, het kan ook de levenskwaliteit gunstig beïnvloeden.

We gaan er vaak impliciet van uit dat we altijd en voor elke patiënt de hoogste zorgkwaliteit leveren, maar stellen we de door ons verleende zorg wel voldoende ter discussie?

In het algemeen zijn er zes elementen waarvan we ons steeds moeten afvragen of we er wel voldoende zorg voor dragen.

1. *de veiligheid*, het vermijden van letsels aan de patiënt. Nemen we als voorbeeld het voorkomen van valincidenten in het ziekenhuis. Wat het optreden van valincidenten bij gehospitaliseerden betreft zijn de resultaten niet eenduidig (te korte verblijfsduur en acuut zieke personen). Toch zijn er een aantal standaardmaatregelen die men kan nemen in een ziekenhuis om het valrisico te reduceren, zoals stimuleren van de zelfredzaamheid, aandacht besteden aan het behoud en herstel van een normale blaas- en darmfunctie, zorg voor een veilige omgeving (bed in laagstand, infuusstaander aan de zijde van het bed waarlangs de patiënt het bed verlaat), zorg voor een veilige architectuur, beperking van fysieke fixatie en voorzien in oriëntatiehulp voor de patiënt en in voldoende hulp bij de transfers. Een recent onderzoek toonde dat minder dan één derde van de geriatrische diensten in België een duidelijk formeel valpreventiebeleid heeft.¹ Een grote meerderheid registreert weliswaar de valincidenten, maar slechts een beperkte groep gebruikt ook effectief deze data voor het opstellen van een preventief beleid. Daar waar een meerderheid inderdaad aan screening, assessment en preventie aandacht besteedt, blijkt evenwel slechts een beperkte groep dit ook te vertalen in een algemene standaard aanpak. Er is dus duidelijk behoefte aan een op evidentie gebaseerde evaluatie gevolgd door een standaard interventie teneinde de zorgkwaliteit te optimaliseren. Een ander voorbeeld omvat de medicatievoorschriften. Het blijkt dat afhankelijk van de gehanteerde definities 6-17% van de ziekenhuisopnames van ouderen het gevolg is van bijwerkingen van medicatie. Hier kunnen enkele relatief eenvoudige suggesties de kwaliteit van het voorschriftgedrag verbeteren. Volgens het ACOVE (Assessing Care of Vulnerable Elders) project zijn dit:²

- documenteer telkens de indicatie bij de start van elk nieuw medicament;

- geef uitleg aan de patiënt en de mantelzorgers omtrent de werking en de eventuele bijwerkingen;
- zorg dat er steeds een lijst voorhanden is van de huidige medicatie-inname;
- documenteer de werking en de bijwerkingen van de medicatie;
- hervalueer op regelmatige basis de noodzaak tot verderzetting van elke medicatie.

Een andere factor waaraan aandacht dient besteed te worden betreft de informatiestroom bij transitie momenten. De correctheid van de opname- en ontslagmedicatie dient voldoende gewaarborgd te worden en dit ondanks meerdere complicerende elementen zoals de vaak complexe situatie van geriatrische zorgverlening, de multimorbiditeit, de polyfarmacie, het eventueel geheugendeficit en de realiteit dat zorgverleners in de thuissituatie vaak onafhankelijk van elkaar werken.

2. *de effectiviteit* van een bepaalde therapie. Houden we voldoende rekening met de op evidentie gebaseerde richtlijnen? Vaak hoort men de kritiek dat richtlijnen te algemeen zijn en afbreuk doen aan de uniekheid van elke patiënt. Een richtlijn is opgezet als een spiegel van correct medisch handelen en moet en kan altijd aangepast worden aan de individuele noden. Of met andere woorden, afwijkingen zullen steeds mogelijk moeten blijven maar dan wel gemotiveerd. Een ander punt is dat ouderen bij vele studies geëxcludeerd worden, er is behoefte aan innovatieve studiedesigns waarbij men juist wel oog heeft voor de specificiteit van deze in aantal immer groeiende groep.

3. *de patiënt moet centraal staan*, hij dient volledig geïnformeerd te worden. Dit geldt evenzeer voor de ouderen. Een informed consent is vereist, niet alleen voor elke ingreep maar liefst ook voor invasieve technische onderzoeken. Indien de cognitieve toestand van de patiënt te beperkt is dient dit met zijn vertegenwoordiger besproken te worden. Het spreekt voor zich dat waar dit niet mogelijk is zoals bij urgenties, de arts de beslissing moet kunnen blijven nemen. De wettelijke basis hiervoor is in België gelegd door de wet op de patiëntenrechten.

4. *de tijdigheid*, wordt de noodzakelijke zorg niet te lang uitgesteld (wachttijd voor essentiële onderzoeken). Bij capaciteitsproblemen gaat de prioriteit meestal niet naar de ouderen. Enerzijds kan men hier weliswaar begrip voor opbrengen maar anderzijds zijn de ouderen juist de meest fragiele patiënten waarbij een snel handelen onmiskenbare voordelen biedt.

5. *de efficiëntie*, of er zich van vergewissen dat er geen verspilling is zowel op het lokale vlak (bijvoorbeeld van, al dan niet zorg gerelateerde, materialen) als op macroschaal (bijvoorbeeld nutteloze dure onderzoeken). Een regelmatige vergadering tussen de administratie materiaalbeheer en de betrokken verpleegkundige en arts kan veel verduidelijken (toename van verbruik kan misschien perfect verklaard worden door een verantwoorde beleidswijziging). Op macroschaal is het een gedeelde verantwoordelijkheid: artsen en goed geïnformeerde beleidsmakers moeten samen verantwoorde keuzes maken.

6. *toegankelijkheid tot de zorg*, ongeacht de leeftijd en de financiële draagkracht van de patiënt. De chronologische leeftijd op zich mag geen criterium zijn om bepaalde verantwoorde zorg te ontzeggen aan ouderen. De aanwezige co-morbiditeit en frailty kunnen er natuurlijk wel toe leiden dat bepaalde diagnostische en/of therapeutische procedures niet meer te rechtvaardigen zijn.

Het evalueren van de kwaliteit van de geboden zorg vereist dat men kwaliteitsindicatoren gaat definiëren; indicatoren die men kan meten. Kwaliteitsindicatoren kunnen worden gedefinieerd als kwantitatieve parameters die de weergave zijn van een standaard professionele zorg en die gebruikt kunnen worden als leidraad voor het opvolgen en evalueren van de kwaliteit van de patiëntenzorg en van ondersteunende diensten.³ Tot hiertoe is er evenwel nog geen overtuigende evidentie dat de registratie hiervan inderdaad tot een significante zorgverbetering leidt. De resultaten van de metingen kunnen aangewend worden om beleidsmaatregelen te treffen. Deze indicatoren kunnen in drie domeinen de kwaliteit van de zorg meten. Vooreerst is er het domein van de kwaliteit van de structuur (aangepaste architectuur, voldoende verpleegkundigen en paramedici, ..), vervolgens kan men procesindicatoren definiëren (zoals: hoeveel procent van de vellers krijgt een valevaluatie) en tenslotte kan men zich eerder richten op het resultaat. Er zal natuurlijk een verband moeten gelegd worden tussen indicatoren van deze drie domeinen. Belangrijk is tevens te noteren dat deze indicatoren bedoeld zijn om verschillen in zorg

te detecteren en dus los staan van de verschillen in patiëntenprofiel. Bijkomende criteria zijn dat de indicatoren relevant moeten zijn en moeten voldoen aan de klassieke eigenschappen van onder andere validiteit, betrouwbaarheid en consistentie. Tevens dient men er naar te streven deze informatie te verkrijgen met een minimale extra inspanning. Om te kunnen vergelijken, maar ook om globale effecten aan te kunnen tonen, is er behoefte aan uniformiteit. Hier valt ongetwijfeld nog een hele weg af te leggen, maar in België loopt een grootschalig project over de adaptatie en implementatie van het RAI (Resident Assessment Instrument) in alle geledingen van de ouderenzorg.

Het kwaliteitshandboek zou ons inziens vijf grote delen moeten bevatten. Een eerste deel zou de missie en de visie van de dienst geriatrie moeten weergeven, aangevuld met de doelstellingen op korte en lange termijn, en de strategie om deze te bereiken. Een tweede deel zou dan de meer praktische werkwijze kunnen toelichten zoals een omschrijving van de doelgroep, de te volgen procedures en een globaal overzicht van de organisatie. In een volgend deel zou er dan ruimte zijn voor specifieke zorgpaden en richtlijnen. Het vierde luik kan vervolgens handelen over de geboden opleidingen en in het laatste deel tenslotte zouden de kwaliteitsindicatoren en de verbeteracties kunnen worden opgenomen. Vele geriateren zullen deze evolutie met argusogen volgen en zeker de bedenking maken dat dit weer de zoveelste bijkomende administratieve rompslomp betekent. De ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard voor de geriatrische zorg is complex en kan niet op korte termijn gerealiseerd worden. Een degelijk systeem opzetten is een geleidelijk proces dat al vlug enkele jaren duurt en ook deel uitmaakt van een veel breder kader (het ganse ziekenhuis en zelfs de globale gezondheidszorg). Natuurlijk kan men veel leren van de reeds opgedane ervaringen. Men onderscheidt vier stadia, de oriëntatiefase, dan de voorbereidende fase, gevolgd door de implementatie en tenslotte de integratiefase waar de kwaliteitsverbetering deel uitmaakt van de routine-activiteiten.⁴ In dit hele proces draait het natuurlijk niet alleen om het opstellen van diverse documenten, zoals het handboek. Er is ook een element personeelsbeleid en een betrokkenheid vanwege de patiënten zelf. Iedereen die een rol speelt bij de gezondheidszorg, als beleidsverantwoordelijke, gezondheidswerker of patiënt, streeft naar een kwaliteitsvolle zorg waarbij de beschikbare middelen zo efficiënt mogelijk worden ingezet. Het opstellen van een kwaliteitshandboek en het definiëren en meten van kwaliteitsindicatoren zijn onontbeerlijke stappen op deze weg. We moeten evenwel goed doordacht te werk gaan en men moet ook voldoende hulp en begeleiding krijgen want de tijdsinvestering, zeker in de beginfase, zal niet gering zijn en dit terwijl de geriateren nu al een zeer hoge werkbelasting hebben. Met het oog op de toegankelijkheid tot deze informatie is ICT-ondersteuning zeker wenselijk, maar meer nog is er behoefte aan een kwaliteitsmanager die in continue dialoog en wisselwerking met de artsen, de andere zorgverleners en het beheersniveau mede verantwoordelijk is voor de concrete uitbouw van deze kwaliteitstimulerende initiatieven.

Tot afsluiting kunnen we stellen dat dit gehele proces zeker veel meer is dan een hype en dat het wellicht een zegen is voor de patiënt. Maar of dit ook zo zal zijn voor de artsen zal afhangen van hun motivatie en deze zal afhankelijk zijn van een goede voorlichting en van de onontbeerlijke hulp van de ondersteunende diensten.

Auteurs

E. Dejaeger

Universitair Ziekenhuis Leuven

Dienst Geriatrie, UZ Leuven, Leuven

Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen, Leuven

Literatuurlijst

1. Coussement J, Dejaeger E, Lambert M, Van Den Noortgate N, De Paepe L, Boonen S., Schoevaerdts D, Milisen K. Translating Fall Incidence Data into Fall-Preventive Measures in Geriatric Wards. A Survey in Belgian Hospitals. *Gerontology* 2009, June 11 [Epub ahead of print]
2. Shekelle PG, MacLean MC, Morton SC. ACOVE quality indicators. *Ann Intern Med.* 2001;135:653-
3. Nakrem S, Guttormsen Vinsnes A, Harkless G, Paulsen B, Seim A. Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: International review of literature, policy and practice. *International Journal of Nursing Studies.* 2008;46:848-857.
4. Wagner C, Bakker D, Groenewegen P. A measuring instrument for evaluation of quality systems. *International Journal*

for Quality in Health Care. 1999;11119-130.