

---

## **Kwaliteitsindicatoren: hoe cliënten er wijzer van kunnen worden. Een reactie.**

**Auteurs:** Ruth E. Pel-Littel, Mirella M.N. Minkman, Henk L.G.R. Nies

In bovenstaand commentaar "Indicatoren voor kwaliteit van zorg. Wie worden er wijzer van, de patiënten of de managers?" wordt als casus het Europese PROGRESS-project "Quality management by result-oriented indicators" ingebracht.<sup>1</sup> Vilans, landelijk kenniscentrum voor langdurende zorg, heeft namens Nederland aan dit project deelgenomen. De auteurs van het commentaar plaatsen op een aantal punten kanttekeningen bij het project. Op uitnodiging van de redactie geven wij hier graag een reactie op.

Kwaliteitsindicatoren kennen in principe twee toepassingen. Ze dienen enerzijds om de zorg naar de buitenwereld toe transparant te maken: voor verantwoording en toezicht, en als keuze-informatie voor cliënten en hun naasten. Anderzijds dienen ze om binnen organisaties aan te geven op welke punten de zorg verbeterd zou moeten worden en in welke mate de inspanningen om die zorg te verbeteren effect sorteren. In de praktijk lenen kwaliteitsindicatoren zich niet altijd voor beide toepassingen tegelijk.<sup>2</sup> Het bezwaar dat in het commentaar wordt gemaakt richt zich vooral op de tekortkomingen van kwaliteitsindicatoren als verbetermogelijkheid in de dagelijkse praktijk van de zorgorganisatie. In het commentaar wordt gesteld dat de indicatoren die in het PROGRESS-project gevonden werden, op dit punt ongeschikt zijn. Deze indicatoren zouden zijn "ontworpen" in vier landen en vooral getoetst zijn onder managers. Er zou sprake zijn van "geringe betrokkenheid van professionele hulpverleners en cliëntenvertegenwoordigers". Tenslotte stellen de auteurs dat met deze kwaliteitsindicatoren de zorg echt niet zal verbeteren, omdat deze indicatoren vooral cijfers van incidentie en prevalentie bevatten.

Als het project inderdaad uitgevoerd zou zijn zoals in het commentaar beschreven, zou Vilans zich er niet aan verbonden hebben. Een nuancering van bovenstaande interpretaties is daarom op zijn plaats.

Het project had niet tot doel om nieuwe indicatoren van kwaliteit te ontwerpen en dit is in het project ook niet gedaan. De PROGRESS-onderzoekers baseren zich op bestaande kwaliteitsindicatoren van landelijke kwaliteitsmanagementsystemen uit Nederland, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk, Oostenrijk, Italië, Luxemburg en Slovenië. In veel Westerse landen zien we soortgelijke ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitsindicatoren.<sup>2</sup> Het is altijd zinvol om van elkaar te leren.

Uit de gangbare indicatorensets van de diverse landen die in het project participeerden is een brede set van kwaliteitsindicatoren voortgekomen, die gevalideerd is in al deze landen. Omdat het zeker niet de bedoeling was om alleen managers hier hun oordeel over te laten vellen, is een Delphistudie uitgevoerd waar in elk land tien experts voor uitgenodigd zijn vanuit verschillende disciplines en invalshoeken. Voor Nederland waren dat drie kwaliteitsmedewerkers uit zorgorganisaties, het LOC Zeggenschap in Zorg, ouderenbond PCOB, het ministerie van VWS, de organisatie voor zorgondernemers ActiZ, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, Bureau Zichtbare Zorg en een deskundige op het gebied van indicatoren werkzaam bij Plexus. Hiermee zijn alle actorperspectieven vertegenwoordigd die van belang zijn vanuit de bovengeschetste hoofddoelen: verantwoording en verbetering van zorg met behulp van kwaliteitsindicatoren. De tweede manier van valideren bestond uit een aantal workshops in Duitsland, Luxemburg en Oostenrijk. Hieraan deden 34 personen uit 25 verpleeghuizen mee. Deze groep bestond uit teamleiders, kwaliteitsmedewerkers en managers.

Olaroiu en van den Heuvel veronderstellen in hun commentaar een ons inziens niet constructieve tegenstelling tussen de professional, die altijd het beste met de cliënt voor heeft, en de louter op bureaucratie, metingen en cijfers beluste manager. Deze tegenstelling doet geen recht aan de gezamenlijke inzet die van zowel het management als de professionals nodig is om

cliënten goed te kunnen bedienen. In veel organisaties is die samenwerking ook constructief en willen beide partijen goede zorg leveren, ieder vanuit een eigen verantwoordelijkheid.

In het 'Zorg voor Beter'-programma hebben wij ervaring opgedaan met vele honderden zorgorganisaties die werken aan thema's uit het Kwaliteitskader voor Verantwoorde zorg. Daarin zagen wij juist dat de zorginhoudelijke indicatoren, wanneer zij op een praktische manier en direct aansluitend bij de dagelijkse werkprocessen werden aangereikt, zeer werkzaam bleken. De zorgmedewerkers ervoeren de uitkomsten van de metingen als heel inzichtgevend en benadrukten niet zelden dat het een grote bewustwording op gang bracht. De managers benutten de informatie uit de indicatoren voorheen te weinig in hun sturing; financiële en personele zaken werden wel gemonitord, maar een gesprek over de oorzaken van forse verschillen in valincidenten tussen de ene en andere locatie en hoe men van elkaar kan leren vond te weinig plaats.

Meer betrokkenheid van het management kan de zorg verbeteren, maar dat moet wel op de juiste manier gebeuren; gericht op het gesprek over de uitkomsten met en tussen medewerkers en gericht op gezamenlijk verbeteren. Zorgmedewerkers geven telkens weer aan dat die betrokkenheid van het management hen helpt. Er valt wel degelijk iets te managen aan kwaliteit van zorg.

We willen ook ingaan op het cijfermatige aspect van de indicatoren en de onderlinge samenhang. Er zijn structuur-, proces- en uitkomstindicatoren van zorg. Tussen landen bestaan in de langdurende zorg grote verschillen in stelsels, daarvan afgeleide structuren en bedrijfs- en werkprocessen. Uitkomsten van zorg zijn minder stelselafhankelijk. Het PROGRESS-project stelt dat aan een uitkomst, uitgedrukt als een getal, pas een duiding en waardering kan worden gegeven, wanneer deze gezien wordt in de juiste context. Wanneer een organisatie ziet dat in de jaarlijkse meting een indicator sterk stijgt of daalt moet dat een aanleiding zijn om de structuren en processen onder de loep te nemen: *wat is er aan de hand?* Op individueel niveau is daar de zorgverlener verantwoordelijk voor. Het gaat dus om het verhaal achter het cijfer van de uitkomstmaat; we noemen het getal immers niet voor niets een 'indicator'!

Je mag als professional aannemen dat een cliënt een decubituswond, een valpartij of een medicatie-incident negatief waardeert. En dat je daar als professional dus iets aan moet doen. Maar ook een zorgorganisatie heeft een verantwoordelijkheid: die moet zorgen dat ongewenste uitkomsten met een systemische oorzaak worden aangepakt. Een organisatie kan bijvoorbeeld een stijgend cijfer hebben voor valincidenten. Dat kan – zoals de auteurs terecht stellen – betekenen dat de valpreventie te kort schiet (negatief). Het kan ook betekenen dat er gewerkt is aan een veilige meldcultuur (positief) waardoor inzicht komt in de daadwerkelijke omvang van de problematiek. Het is allang bekend dat inzicht in alleen processen en structuren onvoldoende garantie biedt voor daadwerkelijk goede zorg. Daarom zijn de uitkomstmaten zo'n belangrijk startpunt. Maar uitkomstmaten zonder onderliggend inzicht in processen en structuren, zijn ook niet toereikend.

De auteurs geven aan dat bij het gebruik van indicatoren 'begrijpen niet vanzelf leidt tot het juiste handelen'. Dat is zo, maar in het 'Zorg voor Beter'-programma, hebben we vaak gezien dat veel zorgmedewerkers geen zicht hebben op hun prestaties en ook niet zien in welke mate er iets te verbeteren valt. Vaak was niet bekend hoeveel medicatie-incidenten optraden, of hoe vaak en welke vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast in een huis of leefgroep. Door op een heel laagdrempelige manier te meten, zagen zij wat er op hun werkplek speelde. Veel teams schrokken daarvan en medewerkers raakten met elkaar in gesprek. Ze kregen inzicht (gingen begrijpen), gingen vervolgens op zoek naar oplossingen en verbeteringen en voerden die door. Door (periodiek) te meten zagen zij of en hoe de situatie verbeterde en of de genomen maatregelen doeltreffend waren. Een uitkomst op een indicator kan dan dalen of juist stijgen. Het gaat niet alleen om een betere situatie voor de cliënt. Ook voor het vasthouden van verbeteringen is een indicator behulpzaam. Evaluatieonderzoek van iBMG over het 'Zorg voor Beter'-programma in veel zorginstellingen bevestigde dat het meten van de kwaliteit een cruciaal ingrediënt is voor de borging van verbeteringen, ook voor de langere termijn.<sup>3, 4</sup>

Het PROGRESS-team realiseert zich heel goed dat geen enkele instelling blij wordt van bijna 100 indicatoren. In de handleiding staat daarom uitgelegd dat het aan iedere organisatie zelf is, om die indicatoren te selecteren waarvan de organisatie denkt dat dit relevante items zijn voor cliënten en medewerkers. Voor de publieke transparantie is dit wel lastig, want hiermee wordt het moeilijker om instellingen met elkaar te vergelijken. Wat ons betreft staat het werken aan verbeteringen centraal. Daarbij

kan benchmarken zeer waardevol zijn, maar dat moet geen doel op zich zijn. Voor de cliënt en de medewerkers betekent dat op deze manier gemeten wordt op thema's die er voor hen toe doen. Zo kan een individuele medewerker van een verpleeghuis doorgaans niets veranderen aan decubitus die in het ziekenhuis is ontstaan, maar wel aan decubitus die tijdens het verblijf in de eigen organisatie voorkomt. Iets meten waar je niets aan kunt veranderen, heeft geen zin. We pleiten er dus voor om te meten 'what you need to know', niet wat 'is nice to know'

Wanneer het Kwaliteitskader voor Verantwoorde Zorg wordt herzien, achten we het verstandig de ervaringen, lessen en valkuilen uit de landen om ons heen te benutten; op een manier die past bij de Nederlandse cultuur en werkwijze. Laten we dus verder bouwen op het kwaliteitskader dat er ligt. Meer focus op niet alleen zorginhoudelijke indicatoren, maar ook op indicatoren over het welzijn en welbevinden van cliënten is nodig. Daarnaast zullen we de toepasbaarheid van andere methoden ook moeten onderzoeken. Want kwaliteit van leven blijft een moeilijk te operationaliseren concept.

Wat ons betreft geeft PROGRESS ons een kijkje in de Europese keuken van kwaliteit. Zo kunnen we van de Engelsen nog heel veel leren als het gaat om de aandacht voor het inzichtelijk maken van kwaliteit van leven en van de Duitsers en Oostenrijkers hoe kwaliteit ook vanuit een economische invalshoek bekeken kan worden. Want willen cliënten er wijzer van worden, dan zijn ook die invalshoeken van belang.

*Vilans, kenniscentrum langdurende zorg*

*Correspondentie: Ruth Pel, r.pel@vilans.nl*

---

## **Auteurs**

### **R.E. Pel-Littel**

Vilans, Utrecht

e-mail: r.pel@vilans.nl

### **M.N. Minkman**

Erasmus Universiteit Rotterdam

Programmaleider Kwaliteit & innovatie in de Ouderenzorg, Vilans, Kenniscentrum voor de langdurende zorg, Utrecht

thans lid Raad van Bestuur, Vilans en hoogleraar Erasmus universiteit

### **H.L.G.R. Nies**

Vilans, Utrecht

Vrije Universiteit, Amsterdam

h.nies@vilans.nl

Hoogleraar Organisatie en beleid van zorg VU

---

## **Literatuurlijst**

1. Hoffmann F. Het meten van vooruitgang: Indicatoren voor verpleeg en verzorgingshuizen. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2010.
2. Nies H, Leichsenring K, van der Veen R, Rodrigues R, Gobet P, Holdsworth L, Mak S. In: Quality Management and Quality Assurance in Long-Term Care. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2010.
3. Mathilde MHS, Nieboer AP, Zuiderent-Jerak T, Bal, RA: Creating effective quality-improvement collaboratives: a multiple case study BMJ Quality & Safety Online First, published on 26 January 2011 as 10.1136/bmjqs.2010.047159
4. Slaghuis SS, Nieboer AP, Strating MMH, Bal RA: Measuring in the improvement process for sustainable change: a follow-

up study. Submitted