

Indicatoren voor kwaliteit van zorg. Wie worden er wijzer van, de patiënten of de managers?

M. Olaroiu^a, W.J.A. van den Heuvel^b

Indicators for quality of care: Who profits: patients or managers?

In the Netherlands and abroad detailed indicators are developed to measure quality of care for a variety of treatments and care systems. These days the development of quality indicators is a profession and business in itself. The significance of these indicators is often not related to the primary care process, but based on (administrative) data for 'quality management'. The consequence is a gap between 'real' and 'measured' quality of care. Improvement in quality of care is therefore problematic. There is a need to return to the essence of care, i.e. the patient and the care professional, to develop appropriate indicators for quality of care.

Inleiding.

Onder de titel 'Kwaliteit heeft prioriteit' organiseerde de Orde van Medisch Specialisten onlangs zijn eerste nationale congres. Misschien wat aan de late kant, maar het belang is er niet minder om. Nationaal en internationaal wordt beleid gevoerd om de kwaliteit van zorg te stimuleren.¹ Voorwaarden voor de bevordering van kwaliteit van zorg zijn dat duidelijk is wat kwaliteit van zorg is en dat die kwaliteit transparant is. Meten van die kwaliteit is dan noodzakelijk gevolgd door maatregelen (richtlijnen) om de kwaliteit te verbeteren. Het RIVM concludeert echter, dat het begrip kwaliteit van zorg niet eenduidig is. Kwaliteitsindicatoren dragen dan niet vanzelfsprekend bij aan inzicht in betere kwaliteit, zoals onderzoek aantoonde.² Indicatoren voor

kwaliteit van zorg missen de essentie van de zorg.

De Nederlandse overheid wil goede en toegankelijke zorg voor burgers. Daarvoor is kennis over uitkomsten van de zorg nodig. Zorgorganisaties dienen de 'nodige' informatie te leveren. Welke informatie hangt af van wat wordt bedoeld met goede en toegankelijke zorg. Ook andere partijen zijn geïnteresseerd in gegevens die inzicht geven in kwaliteit van zorg. Een storm aan indicatoren is het gevolg.

Kader voor indicatoren kwaliteit van zorg.

Vaststellen van kwaliteitsindicatoren is geen eenvoudige opgave. Één indicator voldoet niet. Kwaliteit van zorg wordt vanuit verschillende perspectieven beschouwd: patiënt – hulpverlener – omgeving. Daarnaast worden in kwaliteit drie dimensies onderscheiden: *structuur*, *proces* en *uitkomsten* van zorg. Internationaal worden de

^a Specialist ouderengeneeskunde

^b Hoogleraar Zorgwetenschappen

Kader kwaliteitsindicatoren														
Perspectief →			Patiënt				Hulpverlener				Omgeving			
Dimensie	Type zorg	Domeinen van zorg →	E	V	T	G	E	V	T	G	E	V	T	G
Structuur	Acuut													
	Semiacuut													
	Langdurend													
Proces	Acuut							Y						
	Semiacuut													
	Langdurend													
Uitkomst	Acuut													
	Semiacuut													
	Langdurend													

E = Effectiviteit; V = Veiligheid; T = Tijdigheid; G =Vraaggerichtheid

volgende domeinen van kwaliteit van zorg onderscheiden: effectiviteit; veiligheid; tijdigheid; vraaggerichtheid. Tevens is onderscheid naar type zorg van belang: acuut; semi-acuut; langdurend. Kwaliteitsindicatoren dienen binnen dit (te complexe) kader te passen volgens de internationale literatuur (zie kader). Verdere differentiatie is mogelijk; naast ‘patiënt’ bijvoorbeeld familie, binnen ‘hulpverlener’ discipline en expertise en binnen ‘omgeving’ zorgaanbieders, financiers, overheid en industrie.

Voor veiligheid is bij chirurgisch handelen (Y) een lange lijst indicatoren beschikbaar, die levens redt. In de praktijk worden indicatoren voor ieder type zorg en deels voor ieder specialisme apart ontwikkeld. De inbreng van de praktijk, i.c. de professionele zorgverleners, ligt dan voor de hand.³

Veranderend perspectief in de ontwikkeling van indicatoren voor kwaliteit van zorg.

Nederland is gidsland voor kwaliteitsindicatoren. Europees zijn modellen voor kwaliteitsverbetering en kwaliteitscriteria voorgesteld met een sterke inbreng van de beroepsgroepen.⁴ Voor langdurige zorg thuis is het Resident Assessment Instrument (RAI) in Europees verband als kwaliteitsinstrument met succes getest.⁵ In Nederland was de ontwikkeling van kwaliteitscriteria in de klinische praktijk tot voor kort ondenkbaar zonder de inbreng van de beroepsverenigingen.³ De Nederlandse overheid bepaalt via

de Kwaliteitswet Zorginstellingen echter wat wel en niet dient te worden vastgelegd voor ‘kwaliteitszorg’ en hoe kwaliteitsmanagement dient plaats te vinden. Daarnaast wordt de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren steeds vaker overgedragen aan ‘ontwikkelingsinstututen’ met financiering door de overheid. De instelling van een Regieraad Kwaliteit van Zorg twee jaar geleden wijst op een verschuiving in rollen en prioriteit. In de ‘benoemingsbrief’ vraagt de overheid meer aandacht voor cliëntgerichtheid en stelt dat er te weinig aandacht wordt gegeven aan kosteneffectiviteit.¹ De Regieraad kiest ervoor kwaliteitsindicatoren minder over te laten aan veldpartijen en te sturen op meer samenhang en onderhoud van richtlijnen.⁶

Kwaliteitsmanagement moet, dus zijn er vele ‘indicatorenprojecten’. Ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor de zorg is een bedrijfstak geworden zonder noodzakelijk inhoudelijke kennis van de zorg. Voor het valideren van indicatoren is dat een groot probleem. Het resultaat is een brede, bureaucratische verzameling van data via registratiesystemen en enquêtes. Gaat de inhoud daadwerkelijk nog over kwaliteit van zorg?

De casus ‘indicatoren voor verpleeg- en verzorgingshuizen’.

Een recente studie om de kwaliteit van langdurige zorg vast te leggen levert 94 indicatoren op in vijf domeinen.⁷ De studie stelt: “Het begrijpen

van de zorgbehoefte, complicaties en negatieve gebeurtenissen is essentieel voor het managen van de kwaliteit van zorg". Het managen staat primair. Enkele voorbeelden van de voorgestelde indicatoren geven een beeld over de inhoud.

Het eerste domein is: 'Kwaliteit van zorg' met 24 indicatoren om de zorgbehoefte te begrijpen en zo al dan niet vooruitgang (in kwaliteit?) vast te stellen. Voorbeelden: percentage cliënten met gemelde medicatiefouten in de laatste 30 dagen, percentage cliënten met decubitus ontstaan in de instelling, percentage cliënten met tekenen van uitdagend gedrag in de afgelopen zeven dagen, percentage cliënten met urine-incontinentie minimaal een maal per week, percentage cliënten met antidepressiva, percentage cliënten met PEG-sonde. Een ander domein is 'Kwaliteit van leven' (45 indicatoren). Dit domein stelt de bewoner/patiënt centraal (voelt deze zich gekend, gesteund, beschermd). Overige domeinen zijn 'Leiderschap' (17 indicatoren) dat handelt over het management (aantal zorgplannen, ziekteverzuim, trainingen), 'Economische prestaties' (4 indicatoren) over de kosten (kosten per cliënt per jaar, gemiddelde tijd voor directe zorg per dag per cliënt) en 'Context' (3 indicatoren) over het wettelijke, regionaal kader. Voor het aanleveren van de indicatoren zijn aparte registraties en aanvullende enquêtes nodig.

Wat zeggen de indicatoren over de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen? Een hulpverlener in een verpleeghuis, die niet alert is op decubitus, schort het aan professionaliteit. De formulering 'Percentage cliënten dat last heeft van decubituswonden graad 2 tot 4, ontstaan in het verpleeghuis' gaat voorbij aan de praktijk: de decubitus ontstaat veelal bij een tussentijdse ziekenhuisopname. 'Uitdagend gedrag' van een bewoner is een signaal dat er een (ernstig) probleem is. Niet registreren hoe vaak het voor komt, maar de diagnose stellen en daarnaar handelen is een teken van kwaliteit. 'Aantal zorgplannen' veronderstelt dat patiënten in verpleeghuizen verblijven zonder zorgplan. Is meer gemiddelde tijd per cliënt voor directe zorg een teken van kwaliteit van zorg? Ook als dat leidt tot meer gemiddelde kosten per cliënt per jaar?

Toepasbaarheid van de indicatoren.

De 'ontwerpers' uit Nederland, Duitsland, Oostenrijk en Engeland hebben de lijst op 'bruikbaarheid' getoetst via een Delphi studie in 'hun' land, voornamelijk onder managers. De uitkomsten van deze 'evaluatie' en het voorstel tot 'kwaliteitsindicatoren' zijn recentelijk in Brussel gepresenteerd voor een internationaal forum. De onderscheiden indicatoren werden over het algemeen onderschreven door de meewerkende managers, was een van de belangrijkste conclusies van de rapporteurs. Een noodzakelijke voorwaarde voor het gebruik van de indicatoren is een goed registratiesysteem in de langdurige zorg, aangevuld met jaarlijkse enquêtes onder

zorgverleners. Voor veel Europese landen is deze lijst van indicatoren daarmee onbruikbaar, was een van de commentaren. Tijdens de presentatie van de studie was tevens een belangrijk kritiekpunt de geringe betrokkenheid van professionele hulpverleners en patiënten-vertegenwoordigers. De wijze, waarop de bruikbaarheid is getoetst, maakt gebruik in verschillende zorgsystemen binnen Europa onwaarschijnlijk. De wijze waarop de indicatoren zijn ontwikkeld en geformuleerd roept vragen op over de validiteit ervan, zo werd tijdens de discussie beargumenteerd.

Naar bruikbare kwaliteitsindicatoren

De casus toont dat kwaliteitsindicatoren samenhangen met de 'visie' van de 'ontwerper' op kwaliteit. Indicatoren kunnen voor verschillende doeleinden gebruikt worden: voor interne (bij)sturing, voor controle, voor externe verantwoording, voor vergelijking. Begrijpen van zorgbehoefte was hier het doel. Dat is iets anders dan (be)handelen. Begrijpen leidt niet vanzelf tot het juiste handelen. Patiënten willen weten: heeft de behandeling resultaat, of: word ik goed verzorgd? Kwaliteit gaat over juist handelen. Hulpverlener en patiënt gaan over dat handelen, niet de manager.

Veel gebruikte indicatoren zijn niet geschikt om bij te dragen aan een verbetering van kwaliteit van zorg. Een veelvoorkomende kwaliteitsindicator is 'het aantal meldingen van incidenten'. Zijn veel meldingen van incidenten een teken van kwaliteit of juist niet? Menigeen zal opteren voor weinig meldingen als teken van goede kwaliteit. Maar wat als in een instelling een taboe heerst op het melden van incidenten, niet ongebruikelijk in de zorg?⁸ De realiteit is waarschijnlijk, dat waar incidenten worden gemeld de kwaliteit van zorg beter is. Bovendien is de aard van het incident relevanter dan het aantal.

Indicatoren knippen de zorg in stukjes op. Daarmee verdwijnt het overzicht over en de samenhang in de zorg. Managers zoeken overzicht, geen samenhang. De indicatoren leveren niet het totaalbeeld van de zorg. Kwaliteitsindicatoren dienen om en over de essentie van de zorg te gaan. De Orde van Medisch Specialisten probeert de essentie te verwoorden door te pleiten voor een 'reëlere' definitie: "Steeds beter voldoen aan de noden en wensen van de patiënt".³ Deze omschrijving stelt de patiënt centraal, maar vergeet diens verantwoordelijkheid.

Aan noden en wensen van patiënten voldoen betekent, zeker in de langdurende zorg, luisteren naar de patiënt (met familie) én de hulpverleners. Het eensluidende antwoord op dat luisteren is: zorg op maat. De volgende vragen zijn: wat is dat, welke indicatoren horen bij 'zorg op maat', aan welke voorwaarden moet worden voldaan om die zorg te leveren? Luisteren is het ant-

woord. Dat antwoord vereist nadere studie naar relevante indicatoren van kwaliteit van zorg. Het luisteren maakt wel enkele kwaliteitseisen duidelijk. Essentiële kwaliteiten van hulpverleners zijn: inlevingsvermogen, communicatief, flexibel, analytisch, en handvaardig zijn. Het gaat om een groot hart en kwaliteit van handen.⁹ Dezelfde kwaliteiten dient het management te hebben.

De gepresenteerde casus lijkt cijfers tot norm te maken. Niet de professionaliteit van de hulpverlener en de (aanzelende) mening van de patiënt zijn maatgevend, maar ingevulde percentages. De ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren in de zorg is problematisch vanwege de wijze, waarop zorg wordt 'gestuurd'. Niet 'zorg op maat' (dienstbaarheid) staat bij 'sturing' centraal, maar management van zorg. Percentages incidenten en zorgplannen zeggen iets over de interesses van

het management. Daar zijn beleidsmakers blijkbaar meer in geïnteresseerd dan in de echte kwaliteit. Een nieuw kwaliteitsinstituut voor de zorg doet het ergste vrezende. Omdat kwaliteit van zorg zo een lastig begrip is, dienen de juiste mensen de inhoud en daarmee de indicatoren vast te stellen: de patiënt en zijn hulpverlener(s). Verminderde cognitieve vermogens van patiënten zijn geen reden hen niet bij dit proces te betrekken.¹⁰ De kwetsbare oudere en de hulpverlener hebben hetzelfde doel: kwaliteit van leven. Dus is overleggen, gezamenlijk voor- en nadelen afwegen, mogelijkheden en onmogelijkheden verkennen, vanzelfsprekend. Als men dit niet doet (vanwege onmacht, kennisgebrek, demotivatie) of niet kan (vanwege financiële/organisatorische belemmeringen) komt het management in beeld, dan pas, om het vanzelfsprekende te faciliteren.

Literatuur

- 1 Tweede Kamer der Staten Generaal. Kwaliteit van zorg. Brief van de Minister en Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, 31 oktober 2008
- 2 Shaw C, Groene O, Mora N, Sunal R. Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals? *International Journal for Quality in Health Care*. 2010; 22:445-451
- 3 <http://knmg.artsennet.nl/dossiers/Dossiers-op-thema/arts-en-recht/Kwaliteit-en-veiligheid.htm>
- 4 Shaw CD. External quality mechanisms for health care: summary of the ExPERT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. *International Journal for Quality in Health Care*. 2000; 12: 169-175
- 5 Frijters DHM, Carpentier GI, Bos JT, Bernabel R. Berekenen van kwaliteitsindicatoren voor de thuiszorg: voorbeeld uit het ADHOC project, een vergelijking tussen thuiszorgorganisaties uit 11 Europese landen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*. 2008; 39 : 44-54
- 6 <http://www.regieraad.nl/>
- 7 Het meten van vooruitgang: Indicatoren voor verpleeg- en verzorgingshuizen. PROGRESS. European Centre for Social Welfare Policy and Research, Wenen, 2010
- 8 Lisby M, Nielsen LP, Brock B, Mainz J. How are medication errors defined? A systematic literature review of definitions and characteristics. *International Journal for quality in Health Care*. 2010; 22: 507-518
- 9 Heuvel-Olaroiu M van den. Genoeg handen, maar niet de juiste. *Medisch Contact*, 2007; 62: 1543-1545
- 10 Gerritsen DL, Dröes RM, Ettema TP, Boelens E, Bos J, Meihuizen L, Lange J de, Schölzel-Dorenbos CJM, Hoogeveen F. Kwaliteit van leven bij dementie. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*. 2010; 41: 241-255