

OVERVLOED AAN INDICATOREN LEIDT TOT FRUSTRATIES, NIET TOT BETERE ZORG

Zand in de kwaliteitsmachinerie

Kwaliteitsverbetering in Nederlandse ziekenhuizen betekent vooral audits, certificaten halen en bureaucratie. De inspanning is groot, maar de resultaten zijn – ook in een Europese vergelijking – niet navenant. Een andere aanpak is dringend gewenst.

Het verbeteren van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg is ontaard in een voortdurend toenemende hoeveelheid eisen waaraan zorginstellingen en professionals moeten voldoen. Medewerkers van ziekenhuizen zijn meer bezig met het binnenhalen van het zoveelste certificaat en het registreren van indicatoren, dan met het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Wij vinden het tijd voor een andere aanpak.

Zorgverzekeraars, patiëntenverenigingen en de inspectie bedenken de ene na de andere indicator waaraan ziekenhuizen moeten voldoen. In de afgelopen zeven jaar groeide het aantal indicatoren van 340 naar meer dan 3400. Dat veroorzaakt een enorme administratieve last. Uit de Europese Quaser-studie (zie *kader*) blijkt dat deze aanpak maar weinig bijdraagt aan betere kwaliteit van de zorg.

Nog meer indicatoren

Voor de Quaser-studie bekeken wij hoe kwaliteit op macro-, meso- en micro-niveau in de gezondheidszorg vorm krijgt. Hiertoe liepen we onder andere ruim een jaar mee in tien Europese ziekenhuizen, waaronder twee Nederlandse ziekenhuizen. Door Nederlandse data te vergelijken met die van andere landen

konden we een patroon blootleggen in de wijze waarop in ons land met kwaliteit wordt omgegaan.

Opvallend is de enorme hoeveelheid indicatoren en externe audits waarmee Nederlandse ziekenhuizen te maken hebben. Onderzoekers in andere Europese landen verbaasden zich over de divergentie en de overlap van indicatoren. Een goed voorbeeld zijn de indicatoren voor longkanker (zie *kader*) waarbij Stichting

Oncologische Samenwerking (Soncos), inspectie en zorgverzekeraars andere 'tellers' en 'noemers' gebruiken. Deze, vooral door externe partijen, opgestelde indicatoren staan aan de basis van een zichzelf versterkend patroon. Het patroon start ermee dat externe partijen vinden dat zij dé experts zijn om de kwaliteit van de zorg te onderzoeken. Wie echter kritisch de kwaliteit van zorg van een ziekenhuis onderzoekt, vindt altijd fouten. De reactie daarop is vaak meer indicatoren en meer audits. Het gevolg is dat er nog meer onderzoeken plaatsvinden en nog meer fouten worden gevonden – een patroon dat zichzelf versterkt. Ziekenhuizen voelen zich verplicht om te proberen aan deze eisen te voldoen, mede omdat ze daarmee verantwoording kun-

DE QUASER-STUDIE

De Quaser-studie werd gefinancierd door de Europese Unie. Het doel van de studie was het verkennen van de relatie tussen structurele en culturele karakteristieken van ziekenhuizen en het effect hiervan op klinische effectiviteit, patiëntveiligheid en patiëntervaringen. Daarvoor werden tien casestudies gedaan in Portugal, Noorwegen, Zweden, Engeland en Nederland. Deze landen werden gekozen omdat zij verschillende gezondheidszorgsystemen hebben. Engeland en Portugal hebben een centraal aangestuurd systeem vanuit de nationale overheid; Zweden en Noorwegen een gedecentraliseerd systeem met veel consensusoverleg; en Nederland een marktgedreven zorgsysteem.

De onderzoekers onderzochten de situatie in ieder land op macroniveau (hoe beïnvloedt het gezondheidszorgsysteem het werken aan kwaliteit?), op mesoniveau (hoe lopen de verbeterprocessen op ziekenhuisniveau?) en op microniveau (hoe werken zorgverleners aan kwaliteitsverbetering?). Er werd vooral gekeken naar hoe de verschillende niveaus elkaar beïnvloeden en op welke manier een bijdrage geleverd kan worden aan het verbeteren van het kwaliteits- en veiligheidswerk.



De grote hoeveelheid indicatoren veroorzaakt een enorme administratieve last, maar draagt weinig bij aan een betere kwaliteit van de zorg.

nen afleggen over de geleverde kwaliteit. Terwijl ze bij veel indicatoren en certificaten twijfelen over het nut en de noodzaak ervan. Maar zonder certificaat verliest een ziekenhuis de slag met andere zorgaanbieders omdat patiënten en zorgaanbieders dit mogelijk zien als 'niet leveren van kwaliteit'. Ook de media en de publieke opinie spelen hierbij een rol. Incidenten worden uitvergroot en beïnvloeden de publieke opinie en de politiek, met als gevolg een roep om meer controle. Gevolg is dat ziekenhuizen zich onder druk gezet voelen om snel maatregelen te treffen. Dat bevestigt het beeld dat externe druk nodig is om zaken te veranderen. En daardoor neemt de druk van buitenaf verder toe.

Demotivatie

Wat je zou verwachten is: er worden fouten gevonden, daar doen we iets aan en daarmee krijgen we een betere zorgkwaliteit. De praktijk is echter anders. Door de

enorme hoeveelheid eisen raakt het middenmanagement overbelast en gaat het overzicht verloren, omdat de samenhang niet meer duidelijk is. Een bron van frustratie voor managers en zorgverleners is de overlap of zelfs tegenstrijdigheid van de diverse eisen. Bijvoorbeeld een indicator die beoogt de doorlooptijd te verkorten, terwijl tegelijkertijd concentratie van behandelingen plaatsvindt vanwege de volumennormen. Door het laatste neemt het aantal behandelingen toe terwijl de capaciteit daar niet op is berekend. Het gevolg is dat de doorlooptijd wordt verlengd. Het gevolg hiervan is driedelig. Ten eerste zagen we dat het middenmanagement nauwelijks tijd heeft om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Middenmanagers zijn vooral druk met het wegwerken van administratie, het binnenhalen van het zoveelste certificaat en het maken van nieuwe plannen van aanpak. Tijd om zaken goed te onderzoeken, verbeterin-

Veel van de indicatoren gaan over details

gen in gang te zetten, zaken rustig af te maken en te borgen ontbreekt. Ten tweede vinden medewerkers dat veel van de indicatoren gaan over details en niet over de kern van het zorgproces. Het gevolg is dat medewerkers en met name artsen gefrustreerd raken van alle lijstjes die ze moeten invullen en niet gemotiveerd zijn om te werken aan kwaliteitsverbeteringen. Ten derde zien we dat kwaliteitsafdelingen in ziekenhuizen groeien, en van functie veranderen. In plaats van te ondersteunen bij kwaliteitsverbetering, verzamelen ze vooral informatie en controleren ze de ingevulde lijstjes en rap-

portages. Zeker in ziekenhuizen waar de ICT nog niet erg volwassen is, moet de kwaliteitsafdeling veel werk verzetten om alle gegevens bij elkaar te sprokkelen. Het effect is dat zorgverleners zich steeds minder verantwoordelijk voelen voor de kwaliteit van zorg. Zo zagen we bij een ziekenhuis dat daalde in de AD top 100, dat artsen de oorzaak zochten bij het niet goed functioneren van de kwaliteitsafdeling. Zij bedachten vooral oplossingen in de zin van meer of minder includeren van bepaalde patiëntengroepen, zodat de scores op de indicator beter zijn. Dat zijn perverse prikkels die niet bijdragen aan het daadwerkelijk verbeteren van de zorg. Op de een of andere manier is datgene wat hoort bij de kern van het vak, de kwaliteit die de zorgprofessional levert, verworpen tot iets dat je doet voor de inspectie of de verzekeraar. Daarmee is kwaliteit van zorg vooral een zaak geworden van stafmedewerkers en kwaliteitsafdelingen, die de benodigde certificaten moeten binnenhalen en ervoor zorgen dat de 'cijferlijstjes' op orde zijn.

Patroon doorbreken

Door onze data te spiegelen aan die van de onderzoekers uit andere landen, hebben we meer zicht gekregen op mogelijkheden om dit patroon te doorbreken. We zien daarvoor vier richtingen. Allereerst suggereerden de resultaten uit andere landen dat de verschillende organisaties die indicatoren en auditcriteria maken, meer met elkaar én met de ziekenhuizen zouden moeten overleggen. De Noren, Zweden en Portugezen hebben daarvoor verschillende overlegstructuren ingesteld. Recentelijk pleitte Rouvoet namens Zorgverzekeraars Nederland ook voor meer dialoog, dus dit is mogelijk snel op te pakken. Misschien kan het Kwaliteitsinstituut het initiatief nemen om dit debat te faciliteren. Ten tweede zien we dat Nederlandse ziekenhuizen de afgelopen jaren druk zijn geweest met het inrichten van systemen, het implementeren van instrumenten en het verzamelen van data. Over de systematische manier waarop dit is aangepakt, kunnen andere landen iets van

PRAKTIJKPERIKEL

BUSINESS AS USUAL

Langzaamaan is de ernstige COPD-patiënte, die nooit heeft kunnen stoppen met roken, in haar laatste fase aanbeland. Zij lijdt. Zij heeft het benauwd. En elke beweging van haar cachectische lijf doet haar meer pijn. Tijdens mijn bezoek refereert zij aan onze gesprekken over de mogelijkheden van euthanasie en van palliatieve zorg. Zij heeft haar keuze gemaakt en kiest voor palliatie. Haar partner en zij willen zolang mogelijk bij elkaar zijn. Slikken gaat moeizamer. We kiezen gezamenlijk voor de morfinepomp en intermitterende sedatie.

Terug in ons centrum consulteer ik de apotheker. Die weigert mijn verzoek de materialen klaar te maken en te bezorgen. De kosten daarvan worden mij voorgerekend: 200 euro. De apotheker weigert deze kosten te maken. Tenzij... Tenzij ik drie Foster en vierhonderd capsules ipratropium voorschrijf, zonder levering. Dat vergoedt de gemaakte kosten.

's Avonds is er een gepland overleg met de leden van onze huisartsengroep. Ik breng dit relaas in. En krijg twee vergelijkbare verhalen van collega's te horen. Het blijkt een patroon.

Business as usual voor onze apotheker?

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl

ons leren. Maar Nederland kan ook iets van de andere landen leren. Zo zijn we in Nederland minder gericht op verandering van gedrag, houding en cultuur van zorgverleners. In Zweden is bijvoorbeeld meer aandacht voor het leeraspect. Daar vindt men het maken van een lokale richtlijn belangrijker dan het hebben van een landelijke richtlijn. Kennis internaliseren, de dialoog met elkaar aangaan, cijfers met elkaar bekijken en daar iets van vinden tijdens het maken van een richtlijn zijn aspecten die verandering teweegbrengen. Implementeren van een landelijke richtlijn doet dat maar zeer ten dele. Ten derde ligt er ook een verantwoordelijkheid bij de ziekenhuizen zelf. Zij moeten beter prioriteiten stellen en slimme keuzes maken. Bestuurders moeten vaker durven zeggen: 'Dank u wel voor deze mooie indicator of dit nieuwe certificaat, maar we hebben er onvoldoende aan of stellen andere prioriteiten. Daarom doen we er niets mee'.

Zelf verantwoordelijkheid nemen

Tot slot is er een taak voor zorgverleners. Ga in overleg met het management.

Bepaal met elkaar: wat doen we wel, wat doen we niet? Zorgverleners, geef en neem de ruimte om zaken met elkaar te bespreken! Neem als arts zelf de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg weer terug en leg deze niet bij de kwaliteitsafdeling. Vraag cijfers en data niet één keer per jaar op, maar minimaal ieder kwartaal. Bekijk ze, begrijp ze en bespreek ze. Vraag of er een seintje gegeven kan worden als ze niet goed zijn, zodat meteen actie kan worden ondernomen. Zorg er met elkaar voor dat niet het registreren, maar het belang van kwaliteitsverbetering voorop blijft staan. Door een combinatie van deze lessen toe te passen kunnen we de zichzelf versterkende trend van alsmaar toenemende externe eisen wellicht keren en kwaliteitszorg weer laten gaan over waarvoor het bedoeld is: het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor de patiënt. ■

contact

annemarie@weggelaar.com
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld