

HET VASTLEGGEN VAN ALLERLEI ZORGINDICATOREN IS SLECHTS BUREAUCRATISCHE SCHIJN

# Kwaliteitsindicatoren maken zorg slechter

Kwaliteitsindicatoren kunnen een averechts effect hebben, demonstreert Jan Bonte aan de hand van literatuur en (Duitse) praktijkvoorbeelden. Zeker als ze gekoppeld zijn aan financiële prikkels.

**K**waliteitsindicatoren veroorzaken veel werk en dragen weinig bij aan de kwaliteit van de zorg, constateren Anne Marie Wegelaar e.a. in hun artikel 'Zand in de kwaliteitsmachinerie' (MC 15/2016: 36). Dat is een zorgwekkend feit, dat elke zorgverlener tot bezinning zou moeten brengen. Op 17 maart publiceerde The New England Journal of Medicine: 'Scandal as a Sentinel Event - Recognizing Hidden Cost-Quality Trade Offs'. Dit artikel is nog veel alarmerender. Het beschrijft hoe allerlei kwaliteitsindicatoren, die in de praktijk helemaal niet haalbaar bleken te zijn, veelal door de combinatie met van hogerhand opgelegde bezuinigingen, leidden tot beleid en gedrag in het ziekenhuis dat helemaal niet bedoeld was om de zorg te verbeteren, maar uitsluitend om aan de kwaliteitscriteria te voldoen. Het voldoen aan kwaliteitscriteria was zelfs vaak in strijd met het verlenen van goede zorg. Om toch aan de kwaliteitscriteria te kunnen 'voldoen' werd er dan ook gefraudeerd en gemanipuleerd, onder andere met criteria en wachtlijsten, maar vooral ook met zieke patiënten. Het is een

schrikwekkend beeld waarin de klinische praktijk van alledag wordt gedomineerd door het behalen van 'targets', ten koste van patiënten. De onontkoombare conclusie van dit artikel is dat kwaliteitscriteria niet alleen de zorg niet verbeteren, maar regelmatig zelfs fors verslechteren. Als voorbeeld geef ik een korte schets van hoe de stroke-units in Duitsland worden gedomineerd door dergelijke onzinnige kwaliteitscriteria. Dit als stevige waarschuwing voor waar we met zijn allen op afstevnen door deze indicatorenhysterie.

## Geïrriteerd

In het verleden heeft men in Duitsland als kwaliteitscriterium voor stroke-units vastgesteld dat bij elke patiënt op de stroke-unit viermaal per dag op vaste tijden een neurologische score moet worden bijgehouden, de NIHSS. De beginnende arts-assistenten vullen bij de start van hun carrière plichtbewust en enigszins geïntimideerd door de complexe ziekenhuisomgeving deze lijsten keurig vier keer per dag in. Niet zelden moeten patiënten op de SEH hierop wachten, ook al zijn ze ziek en is een snelle beoordeling soms belangrijk. Patiënten raken geïrri-

teerd als ze om 24.00 en 06.00 uur gewekt worden om een gestandaardiseerd neurologisch onderzoek te verrichten. En de diensten zijn soms zo druk dat er eenvoudigweg geen tijd is om de score op de gewenste tijden bij te houden. En dus worden al snel de lijsten op willekeurige momenten ingevuld, vaak zonder dat de patiënt daadwerkelijk wordt onderzocht. Dat deed ik zelf al in 2009, niet in de laatste plaats omdat de stroke-verpleegkundigen doorgaans prima kunnen beoordelen of een patiënt stabiel is, en direct bellen als er iets verandert in diens klinische toestand. Bovendien heeft de NIHSS-score een aantal intrinsieke zwaktes, en is daarom maar beperkt relevant voor de dagelijkse praktijk. Vervolgens verlaat de patiënt de stroke-unit en worden de lijsten gecontroleerd door de Kodierassistente, die erop toeziet dat de lijsten nauwkeurig zijn bijgehouden. Als dat niet het geval is, krijgen de artsen het verzoek om alsnog de ontbrekende waarden in te vullen. Als er

Het is hoog tijd om een eind te maken aan deze frustrerende papierwinkel



Op de Duitse SEH wordt uit tijdgebrek de neurologische score vaak op willekeurige momenten ingevuld.

namelijk waarden ontbreken, betaalt de Krankenkasse niet. Vervolgens worden deze lijsten door een medewerker van de Krankenkasse nogmaals gecontroleerd, om dezelfde financiële reden. Zo zijn drie personen druk met het invullen en controleren van waarden die geen enkel doel dienen.

### Halsvaten

Een soortgelijk fenomeen betreft het duplexonderzoek van de halsvaten. De kwaliteitscriteria schrijven voor dat iedere patiënt met een (verdening op een) herseninfarct die op de stroke-unit wordt opgenomen, een duplexonderzoek van de halsvaten moet ondergaan. Onder andere doordat de relatie van de (vooral wat oudere) Duitse artsen met ethische vragen als 'kwaliteit van leven', en de vraag welk leven niet meer de moeite waard is om geleefd te worden, door allerlei factoren enigszins complex is,

worden regelmatig ernstig dementerende patiënten met een herseninfarct door de Notarzt van het verpleeghuis naar het ziekenhuis versleept, en vervolgens opgenomen op de stroke-unit. Daar worden ze niet zelden 24 uur (of 72 uur) verpleegd om daarna teruggeplaatst te worden naar het verpleeghuis om daar alsnog te overlijden. Een opname korter dan 24 uur wordt namelijk niet betaald door de Krankenkasse. Ik hoef hier niet uit de doeken te doen welke scènes zich hierdoor met enige regelmaat afspelen op de stroke-unit met verwarde, angstige, delirante en dementerende patiënten. Maar volgens de uitvinders van de kwaliteitscriteria dienen ook zij een duplex van de halsvaten te ondergaan, en betaalt de Krankenkasse het verblijf niet als dit niet gebeurt.

### Grote vraagtekens

De arts-assistenten in de verschillende

ziekenhuizen zetten regelmatig grote vraagtekens bij deze praktijken, en als Honorararzt heb ik de luxe de Oberärzte en Chefärzte te kunnen vragen naar het waarom. De Duitse neurologen zijn over het algemeen goed opgeleid, kennen hun vak, en zijn zich terdege bewust van de onwenselijkheid en het onethische aspect van deze gang van zaken, maar voelen zich regelmatig klemgezet door de Krankenkassen en het ziekenhuismanagement. Omdat zij medeverantwoordelijk worden gesteld voor de financiële situatie van het ziekenhuis, werken ze uit lijfsbehoud toch maar mee.

Kunnen dergelijke taferelen zich in Nederland ook afspelen? Toen in 2005/'06 als een van de kwaliteitsindicatoren op de Nederlandse stroke-units de sterfte binnen zeven dagen na opname werd ingevoerd, nam het aantal antibioticakuren bij zieke patiënten significant toe in het opleidingsziekenhuis waar ik toen werkzaam was. Vooral de duur van de kuren was opvallend, want die verschilde nogal eens per patiënt. Wel was het einde van de antibioticakuur voor deze patiënten gelijk, namelijk op zevende dag na opname.

Ik denk dat het hoog tijd is om een eind te maken aan deze frustrerende, geldverspillende en vaak ook nog tot slechte zorg leidende papierwinkel waarvan tot op de dag van vandaag nog nooit wetenschappelijk is aangetoond dat het tot enige verbetering in de zorg leidt. De Denen hebben ons al het goede voorbeeld gegeven, zij schaften dit voorjaar de verplichting van het accreditatiecircuit voor ziekenhuizen af. ■

### contact

gjbonte@gmail.com  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

### web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).