

Een evaluatie van zorginhoudelijke indicatoren in de VV&T

‘Het al dan niet voorkomen van incontinentie kun je de Thuiszorg echt niet aanrekenen.’ ‘Als de cliënt zelf een tafelblad vraagt om te lezen dan is het toch geen fixatie?’ Veel medewerkers in de zorg hebben wel een oordeel over de indicatoren die worden gehanteerd in het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg voor de sector Verpleging Verzorging en Thuiszorg (VV&T). Voor een goed oordeel is goede informatie echter een ‘must’ en met gelijke informatie zijn de meningen een stuk minder verdeeld. Dat bleek uit de evaluatie van de zorginhoudelijke indicatoren die is gedaan in de zomer van 2009. Dit artikel beschrijft de belangrijkste resultaten uit de discussies met experts geïllustreerd aan de hand van drie voorbeelden.¹

Door: I. Heesbeen, S. van Beek en A. Vissers

Het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg is inmiddels een begrip in de sector VV&T. Uitgangspunt van Verantwoorde zorg is dat de zorg bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de cliënt. De focus ligt daarbij op de wens en regie van de cliënt. De professional ondersteunt de cliënt door vraaggericht en vakkundig (dus veilig) te werken en de organisatie ondersteunt dit proces. Het Kwaliteitskader bestaat uit een set indicatoren (letterlijk ‘aanwijzers’) die een beeld geven of de zorg al dan niet verantwoord is. Het meetbaar maken van de kwaliteit van zorg is belangrijk voor interne verbetering, maar ook voor externe verantwoording en het bieden van keuze-informatie aan cliënten.

De helft van de indicatoren in het Kwaliteitskader is gebaseerd op ervaringen van de cliënt, de andere helft brengt zorginhoudelijke risico's

in kaart. De indicatoren zijn zoveel mogelijk gericht op uitkomsten, niet op processen. Gekozen is voor relatieve normen, waarmee instellingen zich met elkaar kunnen vergelijken.

Hoewel de sector constant in beweging is door bijvoorbeeld de landelijke ontwikkelingen van ketenindicatoren en een tendens vanuit de overheid om met financiële middelen te ‘sturen’ op kwaliteit, is het de sector gelukt om met het Kwaliteitskader eenduidig kwaliteit te definiëren, meetbaar en openbaar te maken (Stuurgroep Verantwoorde zorg 2005; 2006; 2007; 2008, Van Sprundel, 2007; Van Beek, 2008). Uit een onderzoek door de Universiteit Maastricht (2008) blijkt dat zorgaanbieders ervaren dat de openbare publicatie van kwaliteitsgegevens een stimulans is om meer aandacht aan kwaliteit te geven. Het nut van het kwaliteitskader wordt daarmee nadrukkelijk onderschreven. Dit blijkt ook uit het gegeven dat ActiZ-leden het publiceren van de kwaliteitsgegevens op kiesBeter.nl als lidmaatschapseisen zien. Uit het onderzoek van Maastricht wordt echter ook duidelijk dat er nog veel kan worden verbeterd. Zo worden nadrukkelijk twijfels uitgesproken over de geschiktheid van een aantal zorginhoudelijke indicatoren en het Kwaliteitskader krijgt voor de Thuiszorg een beduidend lager rapportcijfer.

Focusgroepen

De evaluatie van de zorginhoudelijke indicatoren is opgepakt door MediQuest, in opdracht van de Stuurgroep Verantwoorde Zorg. In vier focusgroepen is nagegaan of de indicatoren kwaliteit van zorg meten, of de indicatoren hel-

	Indicator	Aanbevelingen:		
		Handhaven voor externe verantwoording V&V*?	Handhaven voor externe verantwoording ZT**?	Toevoegen procesindica- tor voor V&V en/of ZT?
4.1	Decubitus	+	+	Nee
4.2	Voedingstoestand			
4.2a	- wegen	+	-	Ja
4.2b	- navraag	-	-	Nee
4.3	Valincidenten	+	-	Ja
4.4	Medicijnincidenten	+	+	Nee
4.5	Psychofarmaca			
4.5a	- anxiolytica	-	Nvt	Nee
	- hypnotica	-	Nvt	Nee
	- anti-psychotica	+	Nvt	Nee
4.5b	- anti-depressiva	-	-	Nee
4.6	Vaccinatiegraad			
4.6a	- cliënten	-	-	Ja
4.6b	- medewerkers	+	+	Nee
4.7	Incontinentie			
4.7a	- prevalentie	+	-	Nee
4.7b	- diagnose	+	+	Nee
4.8	Verblijfskatheter	+	+	Nee
4.9	Probleemgedrag	+	+	Nee
4.10	Fixatie	+	Nvt	Nee
4.11	Beleid vrijheidsbeperken- de maatregelen	Nvt	0	Nee
7.2	Depressie	+	-	Nee
8.3	Instructie tilliften	0	0	Nee
9.2	Beschikbaarheid verpleeg- kundige	0	Nvt	Nee
9.3	Beschikbaarheid arts	0	Nvt	Nee
9.4	Bekwaamheid voorbehou- den handelingen	+	+	Nee

0 = geen wijzigingsvoorstel,
nader onderzoek nodig
+ = indicator handhaven
met wijzigingen
- = indicator verwijderen

Tabel 1. Aanbevelingen
van de experts per indica-
tor (Vissers et al., 2009)

* V&V = Verpleging en verzorging ** ZT = Zorg Thuis

der zijn geformuleerd en of de keuze voor cliëntgroepen duidelijk is omschreven. Drie focusgroepen werden georganiseerd met zorginhoudelijke experts uit praktijk en wetenschap; één focusgroep met methodologen. De ruim 30 experts ontvingen voorafgaand aan de focusgroepen, als voedingsbodem voor de discussie, een rapportage met per indicator de kritiek- en aandachtspunten die uit een vooronderzoek naar voren waren gekomen (Vissers et al., 2009).

Uitkomsten van de evaluatie

De indicatoren brengen volgens de experts belangrijke aspecten van de kwaliteit van zorg in kaart en de experts zijn van mening dat het merendeel van de indicatoren kan worden gehandhaafd. Wel vragen zij bij een groot aantal indicatoren meer uitleg in het Kwaliteitskader. Waarom is deze indicator belangrijk voor de kwaliteit van zorg en op welke wijze draagt een goede uitkomst bij aan de kwaliteit van leven van de cliënt? Ook is er behoefte aan een

duidelijke toelichting bij de uitsluitingcriteria. Daarnaast wordt geadviseerd een groot aantal indicatoren aan te scherpen. Over vier indicatoren waren de experts niet onverdeeld positief. Voor deze indicatoren is nader onderzoek nodig.

Tabel 1 geeft een overzicht van de aanbevelingen per indicator. Met name voor de Thuiszorg vinden de experts een aantal uitkomstindicatoren minder geschikt voor externe verantwoording. Deze indicatoren zijn wel geschikt voor interne verbetering. Dit zou betekenen dat de indicator in de toekomst bij voorkeur wel gemeten wordt, maar niet openbaar wordt gemaakt. Op basis van de evaluatie door experts adviseert MediQuest deze uitkomstindicatoren voor de Thuiszorg te vervangen door procesindicatoren, omdat de thuiszorg wel een signalerings- en preventieve functie heeft. Een voorbeeld hiervan is het percentage valincidenten dat geanalyseerd is en waarop actie is ondernomen. De experts hebben zich ook gebogen over de vraag welke informatie



Joost Robeer,
beleidsmedewerker bij een
grote koepelorganisatie in
Amsterdam



Paul van Houten,
Hoofd medische dienst,
Zonnehuis Amstelveen



Annemiek Mulder,
senior beleidsmedewerker
ActiZ, organisatie van
zorgondernemers



Cordula Wagner,
bijzonder hoogleraar
patiëntveiligheid VUmc/
programmaleider kwali-
teit en organisatie NIVEL



Inge Borghuis,
senior beleidsmedewerker
ActiZ, organisatie van
zorgondernemers

Kader 1. Decubitus

De indicator decubitus luidt als volgt: het percentage cliënten met decubitus graad 2 t/m 4 die in de organisatorische eenheid of tijdens de zorgperiode is ontstaan. De indicator 'telt' dus alleen (en altijd even zwaar) als er sprake is van graad 2 t/m 4 en als de decubitus zich heeft ontwikkeld in de zorgorganisatie zelf. Graad 1 en decubitus die bijvoorbeeld in het ziekenhuis is ontwikkeld tellen niet als decubitus.

Meningen over decubitus als indicator voor goede zorg

Joost Robeer: *Decubitus vind ik een goede indicator. De impact op de kwaliteit van leven is zeer groot. Als dat speelt, heeft de cliënt daar heel veel last van.*

Paul van Houten: *Als decubitus in een instelling wordt opgelopen, heeft er iets geschorst aan de kwaliteit van de zorg.*

Annemiek Mulder: *In mijn tijd, toen ik nog in de verpleging zat, werd decubitus zelfs als een verpleegfout gezien. Decubitus is een hele nare aandoening, geeft hele pijnlijke wonden. Kwaliteit van leven en decubitus? Nee, dat gaat niet samen.*

Meningen over het meten van decubitus

Annemiek Mulder: *Ook al komt decubitus volgens de landelijke cijfers niet zo veel voor, we moeten de indicator wel handhaven. Decubitus is zo'n nare aandoening, daar moeten we aandacht voor blijven houden.*

Joost Robeer: *Nu wordt enkel graad 2 tot en met 4 in kaart gebracht. Ik denk dat het ook belangrijk is om graad 1 mee te nemen. Dat betekent wel dat je als zorgorganisatie specifieke deskundigheid moet inzetten om de graden goed te kunnen beoordelen.*

Paul van Houten: *Decubitus graad 1, de niet-wegdrukbaar roodheid, is heel moeilijk meetbaar. Het kan veel lijken op een smetplek, die is dan wel wegdrukbaar, maar het onderscheid is voor verzorgenden in de dagelijkse praktijk heel moeilijk te maken.*

Aanbevelingen Decubitus

- 1 De discussie over het moeizame onderscheid tussen smetplekken en decubitus heeft geleid tot de aanbeveling om een aparte vraag over vochtletsel toe te voegen. Dit zou moeten leiden tot een nieuwe indicator 'Huidletsel' waarbij de twee typen huidletsel, inclusief decubitus graad 1, worden samengenomen. Ook methodologisch gezien heeft dat voordelen, omdat door de grotere aantallen de invloed van toeval kleiner wordt. In de terugkoppeling aan de zorgorganisaties en in het branchebeeld op landelijk niveau is het mogelijk en wenselijk om de resultaten op de twee typen huidletsel weer te splitsen. Hierdoor kunnen gericht verbeteracties worden ingezet; vochtletsel vraagt om een andere aanpak dan decubitus. Daarnaast blijft internationale vergelijking mogelijk.
- 2 Verder wordt aanbevolen om ook de ernst van de decubitus uit te drukken in een indicator, om ook een stimulans te geven tot het reduceren van de graad.

momenteel nog ontbreekt in de selectie van zorginhoudelijke indicatoren. Genoemde suggesties voor indicatoren zijn onder meer eenzaamheid en pijn.

In de kaders worden ter illustratie drie van de geëvalueerde indicatoren toegelicht. Achtereenvolgens vindt u de definitie en informatie over de indicator, het oordeel over de indicator van enkele experts (om een beeld te geven van de discussie) en de aanbevelingen die uiteindelijk door MediQuest zijn gedaan.

Vervolg

Samen met de cliëntervaringen vormen de zorginhoudelijke indicatoren de pijlers van het Kwaliteitskader. De hier beschreven evaluatie richtte zich enkel op de zorginhoudelijke indicatoren van het Kwaliteitskader. Momenteel worden ook de indicatoren op basis van cliëntervaringen geëvalueerd.

In december 2009 stelt de Stuurgroep Verantwoorde zorg VV&T vast welke wijzigingen in de indicatoren worden doorgevoerd. Een van de

Kader 2. Gebruik antidepressiva

De indicator antidepressiva wordt omschreven als: het percentage cliënten dat de afgelopen zeven dagen één dag of vaker antidepressiva gebruikte. Als de cliënt antidepressiva gebruikt, wordt dat gezien als een teken van goede zorg. De gedachte daarachter is dat er in dat geval aandacht is voor de signalering en behandeling van depressieve symptomen.

Meningen over antidepressiva als indicator voor goede zorg

Cordula Wagner: *Ik heb mijn twijfels over het onderliggende idee dat het voorschrijven van antidepressiva per definitie goed is. Je zou op individueel niveau moeten kijken of antidepressiva nodig zijn en dit moet je vastleggen in een zorgleefplan en regelmatig evalueren.*

Joost Robeer: *Dit vind ik geen goede indicator omdat de relatie tussen het gebruik van antidepressiva en het voorkomen van depressie niet eenduidig bewezen is. Bovendien is het echt iets wat bij de dokters ligt. En de dokters, individueel als ze zijn, zeggen snel 'dat bepaal ik zelf wel'. Dus wat is dan de invloed van de verpleegkundigen en verzorgenden?*

Aanbevelingen Antidepressiva

1 Vanuit de wetenschap is er geen relatie aangetoond tussen het gebruik van antidepressiva en het voorkomen van depressie. Aanbevolen wordt de indicator te laten vervallen.

Overigens is er ook een indicator 'Depressie', waarbij cliënten worden geteld die in de afgelopen drie dagen symptomen van depressie vertoonden. Deze indicator is voor de Verpleging en Verzorging positief geëvalueerd, dat wil zeggen de aanbeveling is om de indicator in de huidige vorm te handhaven. Voor de zorg thuis is het advies deze indicator te schrappen omdat deze indicator niet betrouwbaar te meten is en omdat de indicator te weinig in de beïnvloedingssfeer van de Thuiszorg ligt. Als de aanbevelingen worden gevolgd, betekent dit dat er voor de Thuiszorg geen enkele indicator overblijft op het gebied van depressie.

Kader 3. Incontinentie diagnose

De indicator diagnose incontinentie is gedefinieerd als: Het percentage cliënten met incontinentie op de meetdag/in de meetweek waarbij een arts of incontinentieverpleegkundige betrokken was bij de diagnose. De indicator wordt zowel gemeten in de verpleging en verzorging als in de thuiszorg. De diagnose moet gesteld zijn door een huisarts, verpleeghuisarts, uroloog of incontinentieverpleegkundige. Diagnoses gesteld door andere disciplines, zoals een verzorgende, worden niet goedgekeurd.

Meningen over de diagnose van incontinentie als indicator voor goede zorg

Paul van Houten: *We weten dat chronische incontinentie heel moeilijk beïnvloedbaar is. Als mensen incontinentie hebben dan is het heel moeilijk iets te verzinnen om ze daar vanaf te krijgen. Wat veelbelovender is, is om vroegdiagnostiek te doen bij incontinentie en juist die eerste episode te zien als alarmsignaal. Dan moet gekeken worden wat er precies aan de hand is en welke factoren op dat moment te beïnvloeden zijn. Voor mij is dat een goede kwaliteit van zorg.*

Inge Borghuis: *Diagnose incontinentie is een beetje een raar begrip. Het is geen ziekte, maar veel meer een signaal van een bepaalde situatie. Als je in de thuiszorg werkt, heb je een belangrijke signalerende taak. Je kijkt altijd naar de omgeving en hoe het met iemand gaat. Wanneer je dan incontinentie constateert, is het je taak om dat bespreekbaar te maken en te kijken naar de oorzaak van de incontinentie. Eventueel kun je dit met de huisarts bespreken zodat de diagnose ook formeel gesteld wordt. Dit hoort gewoon bij het vak van de verpleegkundige en de verzorgende.*

Meningen over het meten van incontinentie diagnose

Joost Robeer: *Het is goed om na te gaan waardoor de incontinentie wordt veroorzaakt. Het hoeft dan wat mij betreft niet een diagnose te zijn in de strikte zin van het woord, die is vastgesteld door een arts. Ik denk dat de deskundigheid van incontinentie op een veel breder vlak ligt en dat een incontinentieverpleegkundige of goede verzorgende net zo goed kan vaststellen waar het vandaan komt en wat de meest gepaste maatregel is.*

Paul van Houten: *De indicator zou scherper gedefinieerd kunnen worden. Eigenlijk weet men niet goed wat men moet invullen. Het gaat vooral om de analyse van incontinentie. Waarom is iemand incontinent geworden? Kan iemand minder makkelijk naar het toilet, zijn er gewrichtsproblemen? Of zijn er ziektebeelden die met incontinentie samenhangen? Ik vind dat zo'n analyse door een dokter gemaakt moet worden die ook weet welke factoren kunnen samenhangen met incontinentie.*

Aanbevelingen Diagnose incontinentie

- 1 Aanbevolen wordt om duidelijker te definiëren wat wordt verstaan onder de diagnose incontinentie. Nu wordt soms het gebruik van incontinentiemateriaal gelijkgesteld aan een diagnose incontinentie. Het voorstel is een toelichting op te nemen conform de NHG standaard incontinentie met daarin vastgesteld: het type, de omvang, de impact, de onderliggende aandoening en andere beïnvloedende factoren.
- 2 Aanbevolen wordt de indicator niet voor externe verantwoording voor de thuiszorg te handhaven.

uitgangspunten van het Kwaliteitskader is dat de indicatoren zich zoveel mogelijk richten op uitkomsten van de zorg. De uitkomsten van de evaluatie pleiten nu ook voor toevoeging van enkele procesindicatoren. Dit zal ongetwijfeld een punt van discussie zijn. Ook zal het aantal zorginhoudelijke indicatoren niet zonder meer worden uitgebreid. De basis van het Kwaliteitskader vormt de kwaliteit van leven van cliënten. Nieuwe indicatoren kunnen enkel worden toegevoegd wanneer zij direct van invloed zijn op de kwaliteit van leven. Om de administratieve lasten van zorgorganisaties te beperken worden extra indicatoren bij voorkeur alleen toegevoegd wanneer andere komen te vervallen.

Tot slot

Uit de evaluatie komt naar voren dat de experts de zorginhoudelijke indicatorenset van het Kwaliteitskader als geheel relevant en haalbaar vinden. Hoewel voorafgaand aan het evaluatieonderzoek de meningen over de kwaliteit van een indicator soms sterk verdeeld waren, bleek men door uitwisseling van informatie tot verbetervoorstellen te kunnen komen waar een overtuigende meerderheid van de experts het mee eens is. De aanbevelingen die uit de evaluatie naar voren komen vormen een solide basis voor de besluiten die door de Stuurgroep genomen moeten worden.

Noot

- 1 Dit artikel is een bewerking van de presentatie 'Waarheen, waarvoor? Een evaluatie van enkele zorginhoudelijke indicatoren' gehouden op de meet- en verbeterdag van ActiZ, 15 september 2009.

Literatuur

- Beek, S. van (2008). Meten en verbeteren van de kwaliteit in de VV&T. Drie interviews met belangrijke stakeholders. *Kwaliteit in Zorg*, nr. 6, p. 16-23.
- Haastregt, J.C.M. van, M.F.M.T. Du Moulin en J.P.H. Hamers (2008). *Ervaringen van Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis in eerste meetjaar Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg*. Universiteit Maastricht.
- Sprundel, T. van (2007) Betrokken professionals – het kloppend hart van verantwoorde zorg! *Kwaliteit in Beeld*, nr. 3, p. 4-6.
- Stuurgroep Verantwoorde zorg: ActiZ, V&VN, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS, ZN (2007). *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (langdurige en/of complexe zorg)*.
- Stuurgroep Verantwoorde zorg: Arcares, AVVV, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS, ZN (2005). *Op weg naar normen verantwoorde zorg; Een ontwikkelingsmodel voor verpleeg- en verzorgingshuizen opgesteld door organisaties van cliënten, aanbieders, beroepsgroepen: Arcares, AVVV, LOC, NVVA, Sting, in afstemming met IGZ, VWS en ZN*.
- Stuurgroep Verantwoorde zorg: Arcares, AVVV, LOC, NVVA, Sting, Z-org, IGZ, VWS, ZN (2006). *Normen voor Verantwoorde zorg Thuis; Een model voor langdurige en/of complexe thuiszorg en voor langdurige en/of complexe extramurale zorg vanuit verpleeg- en verzorgingshuizen opgesteld door Arcares, Z-org, BTN,*

AVVV, LOC, NVVA, en Sting en in afstemming met IGZ, VWS en ZN.

Stuurgroep Verantwoorde zorg : ActiZ, V&VN, LOC-LPR, NVVA, Sting, IGZ, VWS, ZN (2008). *De toon gezet: één taal voor kwaliteit. Rapport van de Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde zorg Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (VV&T)*.

Visser, A., R. Keulen en L. Roggeveen (2009). *Evaluatieonderzoek voor het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg voor de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg*. Eindrapportage deel 2: inhoudelijke evaluatie.

Informatie over de auteurs

Ivette Heesbeen is werkzaam als senior beleidsmedewerker bij ActiZ en is tevens lid van de Projectgroep Verantwoorde zorg.

Sandra van Beek werkt als onderzoeker bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, NIVEL.

Augie Visser is onderzoeker bij MediQuest.

Samenvatting

- Het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg is inmiddels een begrip in de sector VV&T. Uitgangspunt van Verantwoorde zorg is dat de zorg bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de cliënt. De helft van de indicatoren in het Kwaliteitskader is gebaseerd op ervaringen van de cliënt, de andere helft brengt zorginhoudelijke risico's in kaart.
- In de zomer van 2009 zijn de zorginhoudelijke indicatoren geëvalueerd door MediQuest, in opdracht van de Stuurgroep Verantwoorde Zorg. In vier focusgroepen is nagegaan of de indicatoren kwaliteit van zorg meten, of de indicatoren helder zijn geformuleerd en of de in- en uitsluitingcriteria helder zijn omschreven.
- Uit de evaluatie komt naar voren dat de zorginhoudelijke indicatorenset van het Kwaliteitskader als geheel door de experts relevant en haalbaar wordt gevonden. Wel geven de experts aan behoefte te hebben aan meer uitleg en verduidelijking van de indicatoren. Met name voor de Thuiszorg vinden de experts een aantal uitkomstindicatoren minder geschikt voor externe verantwoording. Hier zouden wellicht procesindicatoren kunnen worden toegevoegd aan het Kwaliteitskader.
- In december 2009 stelt de Stuurgroep Verantwoorde zorg VV&T vast welke wijzigingen in de indicatoren worden doorgevoerd.