

De kwintessens van kwaliteitszorg

Raimond W.M. Giard

Herhaalde berichten over frequente medische fouten die vaak voorkómen hadden kunnen worden, leiden tot toenemende publieke druk om programma's op te zetten ter verbetering van de kwaliteit van de zorg. De resultaten van zulke ondernemingen zijn echter teleurstellend. Het is nodig de redenen voor het trage tempo van verbetering vast te stellen. Wij moeten systematisch 3 met elkaar in verband staande vragen beantwoorden: (a) Hoe meten we de kwaliteit van de zorg?; (b) Wat moet er veranderen als de kwaliteit tekortschiet, en hoe moet die verandering worden bereikt?; (c) Hoe stellen we vast of er vooruitgang is geboekt? We worden geconfronteerd met een groot aantal problemen en moeten leren omgaan met organisatorische en biologische complexiteit. Maten waarin verschillende zaken in één getal zijn samengebracht, zoals prestatie-indicatoren, zijn dus niet geschikt. Een andere cruciale vraag is wie wij proberen tevreden te stellen: het toenemend aantal toezichthouders of onze patiënten? De kwintessens van kwaliteitszorg is dat wij de verantwoordelijkheid voor onze patiënten vooropstellen en de gevolgen van die keus aanvaarden.

De medische wereld worstelt met de negatieve publiciteit over falende artsen. Het groeiende besef dat er in de zorg regelmatig fouten worden gemaakt die voorkomen hadden kunnen worden, leidt tot de roep om meer regelgeving en intensiever toezicht. De beroepsbeoefenaars moeten daarom meer en meer energie steken in activiteiten om bestuurders, ziektekostenverzekeraars, toezichthouders en patiëntenorganisaties ervan te overtuigen dat zij deugdelijk werk leveren. Door die toenemende publieke druk en de actievare rol van toezichthouders staat er voor artsen en ziekenhuizen steeds meer op het spel.

Leiden allerhande verbeteringsprojecten er werkelijk toe dat de zorg beter en vooral veiliger wordt? Het realiseren van duurzame verbeteringen gaat in elk geval tergend langzaam.^{1,2} Om de kwaliteit en veiligheid van zorg te kunnen bevorderen, dienen we eerst de juiste vragen te stellen en die vervolgens te beantwoorden met behulp van methodologisch verantwoorde studies.³ Tegelijkertijd behoren we ons als artsen af te vragen of de energie die we investeren in kwaliteit nu werkelijk ten goede komt aan de patiënt, of dat we vooral bezig zijn met het tevredenstellen van onze controleurs.⁴ In dit artikel sta ik stil bij wat essentieel is om de zorg voor de patiënt beter en veiliger te maken.

MEER WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK NODIG

Er zijn 3 elementaire vragen: (a) Hoe is betrouwbaar te bepalen of medische zorg wel of niet van goede kwaliteit is?; (b) Wat moet er veranderen als de kwaliteit tekortschiet, en hoe moet die verandering worden bereikt?; (c) Hoe is overtuigend vast te stellen of de doorgevoerde veranderingen blijvend tot betere resultaten leiden? De laatste vraag betreft het stadium van de effectmeting. Als

*Maasstad Ziekenhuis, locatie Clara, afd.
Klinische Pathologie, Rotterdam.
Dr. R.W.M. Giard, patholoog,
klinisch epidemioloog en jurist
(tevens: Ikazia Ziekenhuis, afd. Pathologie,
Rotterdam) (rwm.giard@xs4all.nl).*

wij deze 3 vragen niet én grondig én in samenhang met elkaar op wetenschappelijke wijze trachten te beantwoorden, verspillen we tijd en energie.

KWALITEITSMETING EN -NORMERING

Het is tekenend dat recent nogal wat publicaties over de beperkingen van kwaliteitsmetingen zijn verschenen; de methodiek van kwaliteitsmeting en -normering blijkt nog allesbehalve uitgerijpt.⁵⁻⁹ Al eerder zijn die kwesties ook voor de eerstelijnszorg gesignaleerd.¹⁰

Voor geconstateerde kwaliteitsverschillen bij vergelijkend onderzoek zijn diverse verklaringen denkbaar: verschillen in toeval, in patiëntenpopulatie ('case mix') en in verstoring ('confounding'); pas als deze 3 verklaringen zijn uitgesloten, is er een echt kwaliteitsverschil.⁶ Bij verschillen in case mix, confounding of toeval zijn verschillende statistische methoden mogelijk bruikbaar, bijvoorbeeld risicostratificatie. Het gaat dan echter om gesimplificeerde wiskundige modellen van een complexe werkelijkheid.

Er kan in descriptieve of in normatieve zin betekenis aan de gegevens worden toegekend. De vraag is: hoe bepalen we de grens tussen adequate en gebrekkige zorg? Bij veel variabelen – bijvoorbeeld postoperatieve sterfte, de kans op een ziekenhuisinfectie en decubitusincidentie – zien we bij observaties van grote patiëntengroepen een gaussverdeling, ofwel normale verdeling. Er is spreiding van de uitkomsten, maar wat zegt een punt op de klokcurve over de geleverde kwaliteit? Een statistisch gedefinieerde referentiewaarde is hier niet bruikbaar. We kunnen niet de 5% ziekenhuizen met de hoogste sterftetekans als ondeugdelijk bestempelen, want er bestaat geen eenvoudige relatie tussen zorgkwaliteit en sterftetekans.¹¹ We kunnen pas betekenis aan resultaten toekennen als we over een betrouwbaar ijkpunt beschikken voor het onderscheid tussen goede en minder goede zorg.

WAT MOET ER VERANDEREN?

In welke richting moeten we de oplossing van de gesignaleerde problemen zoeken? Momenteel staat daarbij de zogenaamde theorie van begrenzingen ('theory of constraints') sterk in de belangstelling. Zorgprocessen zijn ketens van achtereenvolgende, met elkaar samenhangende handelingen. Waar liggen de begrenzingen van de kwaliteit binnen deze aaneenschakeling? Vanuit dit denkmodel komen we op de volgende even logische als wezenlijke vragen: (a) Wat moet er veranderd worden?; (b) Naar welke situatie wordt er dan toegewerkt?; (c) Hoe kan die situatie worden verwezenlijkt?¹²

Er bestaan uiteenlopende theorieën over de manier waarop we de gewenste veranderingen zouden kunnen realiseren.¹³ Daarbij is het nodig om onze kennisdeficiënties op zowel methodologisch als operationeel gebied

duidelijk te maken, om evidence-based methoden te ontwikkelen voor implementatie en evaluatie van verbeteringen, en om gedragsonderzoek te doen.¹⁴

Zal de remedie ook echt werken? Wat zijn de mogelijke bijwerkingen daarvan? En dan is er nog een belangrijk operationeel vraagstuk: hoe kunnen we dit alles realiseren? Hoe moeten we innovaties implementeren?¹⁴ Hoe veranderen we menselijk gedrag? Hoe kunnen we de structuur het best aanpassen? Bij deze dadendrang wordt één ding gemakkelijk vergeten: voelen degenen die de zorgprocessen uitvoeren en ze nu moeten gaan verbeteren, zich daarbij ook persoonlijk betrokken en daarvoor verantwoordelijk?

IS HET NU BETER GEWORDEN?

Hebben de ingevoerde veranderingen de effecten gehad waarop was gerekend, ook op lange termijn? Meetmethoden voor effectevaluatie dienen speciaal voor dat doel te zijn ontworpen en getoetst. Diagnostische meetmethoden voor opsporing van fouten in de eerste fase blijken lang niet altijd geschikt voor dit doel.⁶ We hebben gepaste meetmethoden nodig om overtuigende resultaten van de veranderingen te kunnen vaststellen; daarnaast moet het statistisch onderscheidingsvermogen (de 'power') voldoende zijn, dus grote patiëntengroepen zijn vereist.¹⁰

Er is geen pil zonder bijwerkingen. Wat zijn de ongewenste effecten? Ruilen we bestaande problemen in voor nieuwe? Staat de benodigde inspanning wel in verhouding tot de resultaten? Op dit moment hebben wij op deze vragen nog nauwelijks onderbouwde antwoorden, dus ook op dit terrein moet nog veel kennis ontwikkeld worden.³

BETER LEREN OMGAAN MET COMPLEXITEIT

Het gegeven dat medische zorg zowel organisatorisch als inhoudelijk ingewikkeld is geworden en dat patiënten complexe organismen zijn, vraagt enerzijds om gedifferentieerde meetmethoden en maten en anderzijds om specifieke beleidsstrategieën.¹⁵ Managers en toezichhouders willen echter vooral simpele en daardoor overzichtelijke informatie. Daarom zijn prestatie-indicatoren voor hen zo plezierig. Maar het gebruik van deze indicatoren is aan fundamentele kritiek onderhevig en de effecten ervan op het gedrag van zorgverleners blijken onbeduidend.^{16,17} Als we ons beperken tot het bepalen van deze eenvoudige uitkomstmaten, waarin allerhande verschillende zaken in één getal zijn samengebracht, zullen we zeker dwalen. Het dogma van Donabedian luidt: 'Kijk bij kwaliteitsonderzoek altijd integraal naar structuren, processen en uitkomsten'; dit betekent dat wij ons steeds breed moeten oriënteren.¹⁸ Kwaliteitsmetingen vragen derhalve om het verdisconteren van verschillende dimen-

sies: de kwaliteit van de primaire data, de case mix, kenmerken van de structuur van de zorgorganisatie, de processen, de resultaten van de hulpverlening en niet te vergeten de perceptie door de patiënt.^{6-10,18}

KIEZEN VOOR DE PATIËNT

We staan voor een fundamentele keuze, een kwestie waarop socioloog Vuijsje wees in een essay.¹⁹ Hij plaatste daarbij het begrip 'verantwoording' tegenover 'verantwoordelijkheid'. Bij verantwoording staat centraal wat de hulpverlener doet, bij verantwoordelijkheid gaat het om het resultaat bij de patiënt. Verantwoording is gericht op toezichthouders, verantwoordelijkheid op de patiënt. Verantwoording afleggen is het wegnemen van geïnstitutionaliseerd wantrouwen, verantwoordelijkheid nemen is het winnen van het vertrouwen van de cliënt.

Welke weg kiezen de hulpverleners onder deze toeneemende maatschappelijke druk? Er is in de gezondheidszorg een duidelijke verschuiving merkbaar van verantwoordelijkheid naar verantwoording. Zie bijvoorbeeld deze uitspraak van de Inspectie voor de Gezondheidszorg: 'Het meet- en zichtbaar maken van kwaliteit en

kwaliteitsverschillen is van groot belang voor de werking van het gezondheidszorgsysteem. Betrouwbare, valide en vergelijkbare informatie over de prestaties van zorginstellingen moet zo snel mogelijk beschikbaar zijn.²⁰ Er komt steeds meer systeemdwang en meer verantwoordingsbureaucratie. Verantwoording afleggen krijgen we opgelegd, verantwoordelijkheid moeten we nemen; dat vereist een actieve houding.

Daar ligt dan ook de zwakte bij de medische beroepsbeoefenaars: zij moeten een proactieve houding aannemen. Als de patiënt nog steeds het middelpunt van het medisch universum voor ons is, dan is diens vertrouwen cruciaal. Kiezen voor die verantwoordelijkheid is de kwintessens van kwaliteitszorg.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 22 februari 2008

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2009;153:B12

[➤ Meer op www.ntvg.nl/perspectief](http://www.ntvg.nl/perspectief)

LITERATUUR

- Longo DR, Hewett JE, Ge B, Schubert S. The long road to patient safety: a status report on patient safety systems. *JAMA*. 2005;294:2858-65.
- Brennan TA, Gawande A, Thomas E, Studdert D. Accidental deaths, saved lives, and improved quality. *N Engl J Med*. 2005;353:1405-9.
- Grol R, Berwick DM, Wensing M. On the trail of quality and safety in healthcare. *BMJ*. 2008;336:74-6.
- Vonnegut M. Is quality improvement improving quality? A view from the doctor's office. *N Engl J Med*. 2007;357:2652-3.
- Mohammed MA, Stevens AJ. Performance monitoring in Australia and England: from scandals to action. *Med J Aust*. 2007;187:549-50.
- Pronovost PJ, Berenholtz SM, Needham DM. A framework for health care organizations to develop and evaluate a safety scorecard. *JAMA*. 2007;298:2063-5.
- Heath I, Hippisley-Cox J, Smeeth L. Measuring performance and missing the point? *BMJ*. 2007;335:1075-6.
- Jha AK. Measuring hospital quality: what physicians do? How patients fare? Or both? *JAMA*. 2006;296:95-7.
- Singleton S. Data sources and performance measurement. *BMJ*. 2007;335:730.
- Kirk SA, Campbell SM, Kennell-Webb S, Reeves D, Roland MO, Marshall MN. Assessing the quality of care of multiple conditions in general practice: practical and methodological problems. *Qual Saf Health Care*. 2003;12:421-7.
- Pitches DW, Mohammed MA, Lilford RJ. What is the empirical evidence that hospitals with higher-risk adjusted mortality rates provide poorer quality care? A systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:91.
- Pauker SG, Zane EM, Salem DN. Creating a safer health care system: finding the constraint. *JAMA*. 2005;294:2906-8.
- Grol RP, Bosch MC, Hulscher ME, Eccles MP, Wensing M. Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives. *Milbank Q*. 2007;85:93-138.
- Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q*. 2004;82:581-629.
- Wilson T, Holt T, Greenhalgh T. Complexity science: complexity and clinical care. *BMJ*. 2001;323:685-8.
- Giard RWM. Prestatie-indicatoren als maat voor de kwaliteit van medische zorg: retoriek en realiteit. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2005;149:2715-9.
- Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Ann Intern Med*. 2008;148:111-23.
- Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260:1743-8.
- Vuijsje H. Ik wil niet langer een stopwatchklant zijn, ik wil een persoonlijke accountmanager. *NRC Handelsblad* november 24 2007.
- Meerjarenbeleidsplan 2008-2011. Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2007.