

Postprint version : 1.0

Journal website : <https://www.tvznext.nl>

This is a Nivel certified Post Print, more info at nivel.nl

Risico-indicatoren voor de langdurige zorgverlening

I A. van den Brink-Mulnen, C.A.J. Ketelaars, C. Wagner

Sinds enkele jaren werkt de Inspectie voor de Gezondheidszorg met een nieuw toezichtstelsel. Via het inspectieformulier worden bij de instellingen gegevens opgevraagd over de zorgverlening. Het Nivel ontwierp voor de vragen op het formulier een set van risico-indicatoren voor de care-sector waarmee instellingen met een verhoogd risico op onverantwoorde zorg opgespoord kunnen worden.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) maakt via een systeem van Gelaagd en Gefaseerd Toezicht het algemeen toezicht op de zorgverlening uniformer, efficiënter, transparanter en effectiever. De nieuwe werkwijze is gericht op het opsporen van instellingen met een verhoogd risico op onverantwoorde zorg. Jaarlijks vraagt de IGZ daarom onder andere in de care-sector informatie op met een digitaal inspectieformulier. Op basis van het formulier bepaalt de inspectie welke instellingen zij dat jaar zal bezoeken.

Voor de vragen van het inspectieformulier had de inspectie behoefte aan een praktisch toepasbare set van risico-indicatoren. Zij verzocht de IGZ een literatuurstudie te verrichten om risico-indicatoren te selecteren voor de vier care-sectoren. Hiervan is een rapport verschenen: Risico-indicatoren voor de langdurige zorgverlening (Van den Brink-Muinen e.a., 2004).

Nieuwe werkwijze IGZ

Tot voor kort bezocht de IGZ één keer in de twee tot vier jaar voor een algemene IGZ.

In recente beleidsstukken heeft de inspectie aangegeven de manier van toezicht houden te willen veranderen. Aan de ene kant zou het algemeen toezicht volgens de Commissie-Abeln (2001) geïntensiveerd moeten worden omdat een systeem van toezicht via kwaliteitssystemen op dit moment nog niet haalbaar is. De ontwikkeling van kwaliteitssystemen gaat veel langzamer dan voorzien (Sluijs e.a., 2000; IGZ, 2002). Aan de andere kant wordt onderkend dat 150 inspecteurs onmogelijk intensiever dan nu gebeurt toezicht kunnen houden op duizenden zorgaanbieders. Te meer omdat naast het algemeen toezicht ook tijd besteed moet worden aan thematisch toezicht en interventietoezicht.

Het Gelaagd en Gefaseerd Toezicht bestaat uit drie fasen, waarbij in de eerste fase zorginstellingen via het inspectieformulier digitaal informatie over risico-indicatoren aanleveren aan de inspectie. Deze informatie dient voor het signaleren van een mogelijk verhoogd risico op onverantwoorde zorg. In de tweede fase worden op basis van de conclusies uit de aangeleverde informatie gerichte toezichtbezoeken afgelegd door inspecteurs om na te gaan in hoeverre er feitelijk sprake is van onvoldoende kwaliteit en om zo nodig aanwijzingen te geven voor verbetering. In fase drie neemt de inspectie repressieve maatregelen indien instellingen niet verbeteren (IGZ, 2002).

Aandacht voor indicatoren

In het veld is de laatste twee jaar eveneens aandacht voor het gebruik van indicatoren. Diverse koepels van zorgaanbieders zijn een traject gestart met het doel een raamwerk van kwaliteitsindicatoren op te stellen en deze te operationaliseren. In de sector langdurige zorg/care gebruikt Arcares als koepel voor verpleeg- en verzorgingshuizen inhoudelijke kwaliteitsindicatoren in de Benchmark Ver-pleeg- en Verzorgingshuizen (Arcares, 2002). Zorg (voorheen LVT, Landelijke Vereniging voor Thuiszorg) is bezig met een project dat indicatoren moet opleveren om maatschappelijk verantwoording af te kunnen leggen.

GGZ Nederland ontwikkelt indicatoren met behulp van een uitkomstenkwadrant met de gebieden cliëntwaardering, medewerkerswaardering, klinische uitkomsten en kosten. De instellingen in de care-sectoren gebruiken behalve de genoemde indicatoren veelal het model van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector als kader voor het monitoren en beheersen van de kwaliteit van zorg (St HKZ, 1997). Voor de instellingen in de gehandicaptensector is door de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland het Model Kwaliteitssysteem Gehandicaptenzorg (MKG-model) ontwikkeld.

Huidig gebruik

Zorginstellingen gebruiken nog weinig indicatoren die op instellingsniveau iets zeggen over de gezondheidstoestand en het welbevinden van cliënten of de bedreiging hiervan. De indicatoren die wel gebruikt worden, hebben betrekking op de structuur en het proces van zorgverlening en gaan veelal over de aanwezigheid van protocollen en richtlijnen, ziekte- verzuim, !dachten, wachttijden en productie- cijfers (Sluijs e.a., 2000). Ze hebben nauwelijks betrekking op (ongewenste) uitkomsten van zorg (Sluijs e.a., 2002). Een uitzondering vormt de cliënttevredenheid, die wel als indicator voor de kwaliteit van zorg door instellingen wordt gebruikt.

Onderzoek

De doelstelling van het in dit artikel beschreven onderzoek was het opstellen van een set risico-indicatoren die geschikt zijn om instellingen te selecteren met een mogelijk verhoogd risico op onverantwoorde zorg.

Selectie van indicatoren

Bij de selectie van indicatoren is uitgegaan van drie cliëntgebonden uitkomstgebieden: gezondheidstoestand, (ervaren) kwaliteit van leven, en kwaliteit van zorg (ervaren kwaliteit van zorg en risicovolle zorgmomenten). Op basis hiervan is een literatuurstudie verricht naar mogelijke indicatoren die genoemd worden in boeken, rapporten, onderzoeksartikelen of opiniërende artikelen in Nederland.

Ook zijn de bij de inspectie bekend zijnde incidenten, meldingen en calamiteiten geanalyseerd en zijn leden van MIP/MIC-commissies (Melding Incidenten Patiënten/Cliënten Commissies) uit de vier care-sectoren geraadpleegd. Op grond van de Nederlandse literatuurstudie en de raadpleging van MIP/MIC-commissies is per care-sector voor elk van de drie uitkomstgebieden een aantal aspecten van zorg beschreven met één of meer bijbehorende indicatoren.

Uit de lijst met indicatoren werd vervolgens met behulp van een vijftal criteria een selectie van risico-indicatoren gemaakt.

De gebruikte criteria zijn:

- mate van toepasbaarheid in de vier care-sectoren
- empirische meetbaarheid
- time-span tussen optreden en gevolg van een indicator
- aanwezigheid op de IGZ-incidenten/calamiteitenlijst

- relevantie volgens de inspectie.

De indicatoren die aan minimaal drie criteria voldeden zijn geselecteerd als risico-indicatoren.

Wetenschappelijke onderbouwing

De geselecteerde risico-indicatoren zijn onderbouwd aan de hand van een screening van de nationale en internationale literatuur op de relatie tussen de geselecteerde uitkomstindicatoren en beïnvloedende factoren van de cliënt, het zorgproces, en de structuur van de organisatie van een instelling. Er is nagegaan of in overzichtsstudies en meta-analyses van onder andere de Cochrane Collaboration een wetenschappelijke onderbouwing kon worden gevonden voor de geselecteerde risico-indicatoren.

De risico-indicatoren zijn geoperationaliseerd en er zijn suggesties gegeven voor vragen die kunnen worden opgenomen op de inspectieformulieren voor de verschillende care-sectoren).

Resultaten

In totaal zijn voor de drie uitkomstgebieden 24 aspecten van zorg benoemd met 81 indicatoren.

De selectie met behulp van de vijf criteria uit de lijst van 81 indicatoren leverde in totaal 27 risico-indicatoren op, verdeeld over 17 aspecten van zorg. In het onderzoeksrapport zijn per risico-indicator de wetenschappelijke onderbouwing, de operationalisering en vragen voor het inspectieformulier opgenomen. (Van den Brink Muinen e.a., 2004).

De operationalisering van de risico-indicatoren is in negatieve bewoordingen gesteld: het percentage cliënten dat te maken had met een negatieve uitkomst, bijvoorbeeld valincident of geen inspraak in zorgplan, ofwel negatief oordeelde over bijvoorbeeld de bejegening. Er zijn suggesties voor vragen gegeven die in de inspectieformulieren van de verschillende care-sectoren kunnen worden opgenomen. Tevens zijn suggesties voor vragen voor de inspectieformulieren gegeven. Deze hadden als algemeen stramien: is er al een registratie van de gegevens met betrekking tot de indicator; aanwezigheid van een protocol of beleid; gebruik van het betreffende protocol/beleid; evaluatie van de toepassing van het protocol/ beleid; scholing van de direct zorggebonden hulpverleners op het gebied van de betreffen- de risico-indicator. Deze vragen weerspiegelen de veronderstelde relatie tussen structuur-, proces- en uitkomstindicatoren.

Discussie

Er is vervolgonderzoek nodig om te kunnen bepalen of de risico-Indicatoren voldoende sensitief, specifiek en betrouwbaar zijn om daadwerkelijk instellingen met een verhoogd risico en onvoldoende kwaliteit te kunnen signaleren. Via verdiepend literatuuronderzoek en via inspectiebezoeken, die op basis van de scores op de inspectieformulieren zullen worden afgelegd, zal de validiteit en bruikbaarheid van de risico-indicatoren verder kunnen worden bepaald.

Aan de hand van de resultaten kunnen normen worden vastgesteld. Deze normen betreffen zowel het aantal en de soort risico-indicatoren als ook de percentages van voorkomen van een risico-indicator. In de toekomst kan een risicoprofiel, ofwel een combinatie van risico-indicatoren, worden vastgesteld met behulp waarvan de IGZ die instellingen kan signaleren die onverantwoorde zorg leveren.

De care-instellingen zullen de gegevens die zij registreren op den duur waarschijnlijk gaan aanpassen aan de vragen van de inspectie. Om bij de instellingen draagvlak te verkrijgen voor de set risico-indicatoren kan het aangepaste inspectieformulier ter beoordeling aan de instellingen worden gestuurd. De kans op monitoring van de risico-indicatoren door de instelling zelf wordt namelijk groter naar mate de instelling de genoemde risico-indicatoren zelf herkent en onderschrijft. Een probleem is dat de in het inspectieformulier gevraagde gegevens nog lang niet altijd worden verzameld. En wanneer dat wel gebeurt, is dat meestal niet geautomatiseerd en gestandaardiseerd.

Om valide en betrouwbare informatie te kunnen leveren aan de IGZ zullen de care-instellingen moeten streven naar automatisering en standaardisering van het verzamelen van gegevens.

Toekomst

Er zijn vragen overgebleven die in de tijd die voor het onderzoek beschikbaar was niet beantwoord konden worden. Een onderbouwing die is gericht op een specifieke care-sector zou gedetailleerder in kunnen gaan op de voor die sector specifieke risico-indicatoren en operati-onalisering. In de verpleeghuissector zijn bij- voorbeeld deels andere risico-indicatoren van belang dan in de gehandicaptenzorg. Voor een valide operationalisering is het onder andere ook nodig de periode te weten waarover een risico-indicator moet worden gescoord. Dit zou een jaar kunnen zijn, maar ook drie maanden of één dag. De periode hangt af van de mate waarin een risico aanwezig is. Daar- naast kan voor sommige risico-indicatoren het beste een puntprevalentie worden gemeten, dat wil zeggen dat de meting plaatsvindt op één bepaald moment, zoals bij de landelijke decubitus prevalentie-meting.

Op dit ogenblik is er nog geen inzicht in de soorten meetinstrumenten die gebruikt worden voor het meten van de verschillende risico-indicatoren (voor zover ze gemeten worden).

Ten slotte zullen nieuwe ontwikkelingen die in de literatuur worden beschreven, moeten worden bijgehouden en zondig worden geïntegreerd in de onderbouwing en operationalisering van de risico-indicatoren.

Nawoord

Het rapport 'Risico-indicatoren voor de langdurige zorgverlening' is te raadplegen via www.nivel.nl. In het IGZ-rapport 'Kwaliteitsverbetering mogelijk door actief gebruik indicatoren. Resultaten Inspectieformulier 2005 verpleeghuiszorg, verzorgingshulzorg, thuis- zorg' is het voor 2005 gebruikte Inspectieformulier VVT integraal opgenomen (IGZ, 2006, www.igz.nl). Zie ook het verslag op p. 24.

Literatuur

Arcares. Benchmarking verpleeg- en verzorgingshuizen, Tweede test benchmarkinstrumentarium. Algemeen rapport_ Arcares, Utrecht, 2002.

Brink-Muinen, A. van den, C. Wagner. Risico-indicatoren voor de langdurige zorgverlening. Nivel, Utrecht, 2004.

Commissie Abeln. Op weg naar gezond vertrouwen. Advies over de strategie voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag, 2001.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. SGZ: Staat van de Gezondheidszorg. Kwaliteitsborging in zorginstellingen; intentie, wet en praktijk. Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag, 2002.

Sluijs, E.M., C. Wagner. Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken In 2000. Nivel, Utrecht, 2000.

Sluijs, E., Beek, S. van, Mouthaan, 1., Neef, M de, C.

Wagner. Verdiepingsstudie transparantie kwaliteit van zorg. Nivel, Utrecht, 2002

Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ). Certificatieschema Instellingen voor thuiszorg. St HKZ, Utrecht, 1997