

Tijdens de vierde Leidschendamconferentie kwam één onderwerp nadrukkelijk in bijna elke sessie terug. Het ging om het belang van betrouwbare en valide kwaliteitsindicatoren om uitkomsten van zorg, maar ook om de effectiviteit van kwaliteitssystemen te kunnen meten en monitoren. Zowel zorgaanbieders als patiënten/consumentenorganisaties en financiers waren het erover eens dat de komende jaren meer aandacht besteed zou moeten worden aan het benoemen, ontwikkelen en implementeren van kwaliteitsindicatoren voor specifieke patiëntengroepen of zorgsectoren. Voor verpleeg- en verzorgingshuizen is hiermee een start gemaakt tijdens drie consensusbijeenkomsten.

De grens tussen optimale en sub-optimale kwaliteit van zorg is niet altijd gemakkelijk te trekken. Het oordeel hangt mede af van het doel van de zorgverlening. Een duidelijk geformuleerd doel per bewoner, maar ook voor specifieke doelgroepen, afdelingen of de instelling als geheel, maken het makkelijker om te beoordelen of kwalitatief goede zorg is geleverd. In het algemeen bieden verzorgingshuizen ouderen die niet meer geheel zelfstandig kunnen wonen, een veilige woonomgeving. Ouderen met zelfzorgtekorten kunnen in het verzorgingshuis (aanvullende) zorg krijgen met als doel de bewoner zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren. Voor de groep bewoners met een verpleeghuisindicatie wordt ernaar gestreefd verergering van stoornissen en beperkingen tegen te gaan of zelfs terug te dringen. Ansluitend bieden verpleeghuizen complexe zorg aan ouderen en specifieke doelgroepen op het grensgebied van care en cure. Het doel van verpleeghuiszorg is het bevorderen van de gezondheid en kwaliteit van leven van bewoners door bijvoorbeeld (gedeeltelijk) herstel

en functieverbetering, vertragen van verdere achteruitgang, het leren omgaan met blijvende beperkingen en het ontwikkelen van compensatie- en aanpassingsmogelijkheden. Van optimale kwaliteit van zorg is sprake als de zorgverlening voor bewoners aansluit bij de wensen en behoeften van bewoners, en in overeenstemming is met de bestaande professionele kennis. Als het gaat om het beoordelen van de kwaliteit van zorg tellen voor bewoners zowel het zorgproces als de resultaten van de zorgverlening. Eerder onderzoek heeft laten zien dat ongewenste uitkomsten in sommige instellingen vaker voorkomen dan in andere (Tabel 1) (Klein Ikkink en Wagner 2000). Daarmee is de kans voor een bewoner om deze ongewenste uitkomsten te krijgen in sommige instellingen dus groter dan in andere.

Een goede score is gebaseerd op de resultaten van de beste instellingen (best practices), de gemiddelde score geeft het gemiddelde van de sector weer, terwijl de slechte score gebaseerd is op de resultaten van de instelling met het hoogste percentage van de ongewenste uitkomst.

Tabel 1 Verschillen in bewonersuitkomsten tussen 65 verpleeghuizen in percentages

Verpleeghuizen met:

uitkomsten	goede score	gemiddelde score	matige score	slechte score
<b>fysieke gezondheid</b>				
decubitus	0%	3%	6%	17%
incontinentie	17%	25%	30%	47%
invendig katheter	5%	9%	15%	50%
<b>emotioneel functioneren</b>				
verbaal geweld	8%	14%	18%	29%
lichamelijke agressie	5%	8%	11%	20%
regressief gedrag	8%	12%	17%	29%
hallucinaties	5%	8%	13%	25%

Bron: Klein Ikkink K. en Wagner C. De relatie tussen kwaliteits(deel)systemen en de kwaliteit van bewoners in verpleeghuizen. Utrecht: Nivel 2000.

De tabel moet als volgt worden gelezen. Uit de percentages achter decubitus blijkt dat in sommige instellingen 0% van de bewoners decubitus heeft, terwijl dat in andere instellingen 17% is. Verbaal geweld komt in sommige instellingen bij 8% van de bewoners voor, terwijl dat het geval is bij 29% van de bewoners in andere instellingen. Deze verschillen konden in analyses maar voor de helft verklaard worden door de problematiek van de bewoners (Klein Ikkink en Wagner 2000). De andere helft heeft naar verwachting te maken met de organisatie van de zorg en de manier van zorg verlenen.

### Kwaliteitsbewaking

Zorginstellingen en beroepsbeoefenaren hebben de afgelopen jaren vooral aandacht besteed aan het invoeren van (delen van) kwaliteitssystemen waaronder een kwaliteitsbeleid, het ontwikkelen van richtlijnen, intercollegiale toetsing en zorgplannen. Minder aandacht is uitgegaan naar de resultaten die deze activi-

Domein	Omschrijving kwaliteitsindicator
<b>Waardering bewoner</b>	1. aantal bewoners dat aangeeft dat: - hulpverleners zich houden aangemaakte afspraken - de geleverde zorg voldoet aan de verwachtingen
<b>Kwaliteit van leven</b>	1. aantal bewoners waarbij de in het zorgplan gestelde doelen in de aangegeven periode zijn gehaald 2. aantal bewoners dat aangeeft: - het eigen dagritme te kunnen volgen - de eigen eetgewoonten te kunnen aanhouden - dat men dezelfde kleren kan dragen als vóór de opname - een eigen plek te hebben als men alleen wil zijn - dat er voldoende mogelijkheden zijn om uit te gaan, activiteiten te volgen - op de juiste manier te worden begeleid - dat in de woonkamer altijd begeleiding aanwezig is - dat de afdeling in het algemeen opgeruimd en netjes is - dat hulpverleners aandacht besteden aan dingen die men belangrijk vindt
<b>Professionele kwaliteit</b>	1. aantal bewoners waarbij in het zorgplan meetbare doelen en een evaluatieperiode is aangegeven 2. Mate waarin hulpverleners zich houden aan erkende richtlijnen
<b>Fysieke gezondheid</b>	
<b>Ongevallen</b>	1. aantal bewoners met onnodig letsel (FONA/MIP incidenten) 2. aantal bewoners met valpartijen in combinatie met punt 3 3. aantal bewoners met beperkende maatregelen
<b>Medicijngebruik</b>	1. gebruik van vijf of meer voorgeschreven medicijnen
<b>Continentie</b>	1. aantal bewoners met incontinentie voor urine of <b>faeces</b> tijdens de dagdienst 2. aantal bewoners met incidentele incontinentie zonder toilet training 3. aantal bewoners met verblijfs catheter 4. aantal bewoners met luiers/slips 5. aantal bewoners met faecale verstopping
<b>Infecties</b>	1. aantal bewoners met urineweginfectie in de laatste 30 dagen 2. aantal bewoners met antibiotica 3. aantal bewoners met smetten 4. aantal bewoners met luchtweg-/maagdarminfectie in de laatste 30 dagen
<b>Voedings-toestand</b>	1. aantal bewoners met gewichtsverlies van twee of meer kilo binnen 7 dagen 2. aantal bewoners met gewichtsverlies van 10% of meer in de laatste 180 dagen 3. aantal bewoners met eetproblemen 4. aantal bewoners met uitdroging
<b>Toestand mond</b>	1. aantal bewoners met ontstoken tandvlees
<b>Conditie huid</b>	1. aantal bewoners met fase 1-4 decubitus na opname in het verpleeg-/verzorgingshuis 2. insuline-afhankelijke diabetes zonder voetverzorging 3. aantal bewoners met preventieve of beschermende huidzorg
<b>Fysiek functioneren</b>	
<b>Fysiek functioneren</b>	1. aantal bedlegerige bewoners 2. aantal bewoners met afname in ADL 3. aantal bewoners met contracturen 4. bij indicatie ontbreken van vaardigheidstraining voor bewoners met beperkingen in de ADL
<b>Cognitief functioneren</b>	
<b>Cognitief functioneren</b>	1. aantal bewoners met cognitieve beperkingen zonder behandeling
<b>Psychofarmacagebruik</b>	1. aantal bewoners met antipsychoticum zonder indicatie 2. aantal bewoners met een groter dagelijks gebruik van antipsychoticum dan voorgeschreven 3. aantal bewoners met slaapmiddel 4. aantal bewoners met antidepressivum vaker dan twee keer per week 5. aantal bewoners met langdurig gebruik van benzodiazepine
<b>Emotioneel functioneren</b>	
<b>Stemmings- en gedragspatronen</b>	1. aantal bewoners met probleemgedrag t.a.v. anderen in de laatste 30 dagen 2. aantal bewoners met symptomen van depressie in de laatste 30 dagen 3. aantal bewoners met symptomen van depressie zonder behandeling
<b>Psychosociaal welbevinden</b>	1. aantal bewoners dat betrokkenheid zoekt in de instelling en deelneemt aan activiteiten 2. aantal bewoners dat de dagelijkse routine (gewoonten, activiteiten) als geheel verschillend ervaart van vroeger thuis
<b>Pijn</b>	1. aantal bewoners met pijn
<b>Sociaal functioneren</b>	
<b>Communicatie</b>	1. aantal bewoners waarbij het vermogen zich te uiten, te begrijpen of informatie te horen vergeleken met de afgelopen 90 dagen is verslechterd

Tabel 2  
Overzicht resultaten eerste twee consensus-  
bijeenkomsten met zorgverleners

teiten hebben opgeleverd voor bewoners. Is de zorgverlening daadwerkelijk doeltreffender, doelmatiger en bewonersgerichter geworden? In de meeste gevallen is het antwoord onbekend omdat systematische gegevens over de kwaliteit van de zorg ontbreken. In het algemeen wordt verondersteld dat een kwaliteitsstelsel een gerede kans biedt dat het proces (de zorgverlening) goed verloopt, maar het zegt weinig over de mate waarin de gewenste resultaten voor bewoners worden bereikt. Mede hierdoor neemt de interesse voor en het belang van kwaliteitsindicatoren voor het meten van de kwaliteit van zorg toe. Doelmatigheidsoverwegingen en het beheersbaar houden van stuurinformatie vereisen een zo beperkt mogelijke set van indicatoren. Een kwaliteitsindicator is een kwantitatieve maat die gebruikt kan worden bij het monitoren en evalueren van de kwaliteit van belangrijke bewonersgerichte zorg. Een indicator zegt niet dat er sprake is van optimale of sub-optimale zorg, maar geeft een signaal af op grond waarvan nader onderzoek plaats kan vinden. In Nederland ontbreken tot nu toe algemeen geaccepteerde en wetenschappelijk onderbouwde bewonersgerichte kwaliteitsindicatoren.

In dit artikel wordt nader ingegaan op bewonersgerichte processen uitkomstmaten die tijdens drie consensusbijeenkomsten zijn genoemd als relevante kwaliteitsindicatoren. Naast bewonersgerichte kwaliteitsindicatoren bestaan er ook indicatoren voor het meten van het kwaliteitssysteem van een instelling, door bijvoorbeeld de aanwezigheid te meten van protocollen, zorgplannen en scholing van het personeel. De consensusbijeenkomsten hebben zich niet gericht op protocollen of beleid, maar op indicatoren die iets zeggen over de feitelijk verleende zorg en de gezondheidstoestand van bewoners (de uitkomst van de zorgverlening).

## Methode

In 1999 zijn drie consensusbijeenkomsten gehouden. Het doel van de bijeenkomsten was het bereiken van overeenstemming over een beperkt aantal relevante kwaliteitsindicatoren die in verpleeg- en verzorgingshuizen gebruikt kunnen worden om de kwaliteit van zorg te meten. Aan de eerste twee bijeenkomsten hebben 12 zorgverleners (verpleeghuisartsen, hoofden zorg en verzorgenden) uit zes verpleeg- en verzorgingshuizen deelgenomen. De instellingen hadden tijdens een eerder onderzoek aangegeven geïnteresseerd te zijn in de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren. De derde bijeenkomst was breder en bestond naast de genoemde zorgverleners uit vertegenwoordigers van directies van instellingen, de inspectie voor de gezondheidszorg, wetenschappers en vertegenwoordigers van beroepsverenigingen voor verpleegkundigen en verzorgenden. Van de patiënten/consumentenorganisaties bleek niemand in de gelegenheid aan de bijeenkomst deel te nemen. De consensus bijeenkomsten hadden een explorerend karakter, de resultaten zijn niet representatief voor de hele sector.

Uitgangspunt voor de selectie van relevante kwaliteitsindicatoren tijdens de eerste twee bijeenkomsten was de mening van de deelnemers. Aan de deelnemers is gevraagd de, in hun ogen, belangrijkste bewonersgebonden uitkomstmaten te benoemen.

Domein	Omschrijving kwaliteitsindicator	Type KI	Domein	Omschrijving kwaliteitsindicator	Type KI
Waardering bewoner	1. aantal bewoners dat aangeeft dat hulpverleners zich houden aangemaakte afspraken de geleverde zorg voldoet aan de verwachtingen	uitkomst	Fysieke gezondheid Ongevallen	3. aantal bewoners met valpartijen in combinatie gecorrigeerd voor het aantal bewoners met beperkende maatregelen	uitkomst
Kwaliteit van leven	2. aantal bewoners dat aangeeft: - het eigen dagritme te kunnen volgen - de eigen eetgewoonten te kunnen aanhouden - dezelfde kleren te dragen als vóór de opname - een eigen plek te hebben als men alleen wil zijn - op de juiste manier te worden bejegend - zich veilig en thuis te voelen	uitkomst	Voedingstoestand	4. aantal bewoners met gewichtsverlies van 10% of meer in de laatste 180 dagen en aantal bewoners met eetproblemen	uitkomst
			Conditie huid	5. aantal bewoners met fase 1-4 decubitus na opname in het verpleeg-/verzorgingshuis	uitkomst

Tabel 3 Overzicht van de 5 meest genoemde kwaliteitsindicatoren (KI)

die gebruikt kunnen worden om de kwaliteit van zorg te bewaken. De volgende vraag is gesteld: Waartuit kan worden afgeleid dat een bewoner (sub)optimale zorg heeft ontvangen? Na het inventariseren van mogelijke indicatoren is aan de deelnemers een lijst van 30 kwaliteitsindicatoren voorgelegd die in verpleeghuizen in de Verenigde Staten worden gebruikt voor kwaliteitsbewaking (Karon en Zimmerman, 1996; Rantz e.a., 1997). De deelnemers is gevraagd aan te geven welke van de 30 indicatoren relevant zijn voor de Nederlandse situatie. De uitkomsten van de eerste 2 bijeenkomsten zijn in Tabel 2 te zien. Deze zijn tevens als input gebruikt voor de derde bijeenkomst. Tijdens de derde bijeenkomst is elke deelnemer gevraagd de drie meest belangrijke kwaliteitsindicatoren te kiezen om te komen tot een beperkte set indicatoren.

### Resultaten

Uit de eerste twee bijeenkomsten (Tabel 2) bleek dat hulpverleners vooral indicatoren noemden die in hun ogen iets konden zeggen over de doeltreffendheid en de bewonersgerichtheid van de zorg. Er werden geen indicatoren voor de doelmatigheid van de zorg genoemd.

De bewonersgerichtheid kon volgens de deelnemers bijvoorbeeld beoordeeld worden door het aantal bewoners te meten waarbij: de geleverde zorg voldoet aan de verwachtingen, de hulpverleners zich houden aan de gemaakte afspraken, en het eigen dagritme en eetgewoonten aangehouden kunnen worden.

Voor het meten van de doeltreffendheid van de zorg zijn indicatoren genoemd zoals: het aantal bewoners waarbij de gestelde doelen worden gehaald en aspecten van de gezondheidstoestand zoals de fysieke gezondheid en het fysiek, cognitief en emotioneel functioneren. Een overzicht van de genoemde indicatoren voor de kwaliteit van het zorgproces en de uitkomst van de zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen is te zien in Tabel 2.

Tijdens de derde bijeenkomst hebben de deelnemers de drie, in hun ogen, meest belangrijk geachte indicatoren uit Tabel 2 genoemd. Een overzicht van de vijf meest genoemde kwaliteitsindicatoren is te zien in Tabel 3.

Het meest frequent werden de domeinen 'waardering bewoner', 'kwaliteit van leven' en 'fysieke gezondheid' genoemd. Bij fysieke gezondheid ging het om 'ongevallen', 'voedingstoestand', 'conditie van de huid'. In de discussie werd aangegeven dat het van belang is rekening te houden met de kenmerken van de bewonerspopulatie in een specifiek verpleeg- of verzorgingshuis (case-mix correctie). Hierbij moet in het bijzonder rekening worden gehouden met het cognitief functioneren van bewoners. Bij de indicator 'nakomen van afspraken' werd het tevens van belang geacht verzorgenden te raadplegen.

Om te weten wanneer een kwaliteitsindicator een signaal zou moeten afgeven, zijn volgens de deelnemers externe criteria en normen nodig. Een mogelijkheid is het laten opstellen van normen door deskundige groepen zoals cliënten en hulpverleners. Het gemiddelde als maat werd in het algemeen niet voldoende

geacht. Wel zouden bijvoorbeeld de huizen met de beste scores (best practices) als maatstaf kunnen dienen.

### Conclusie

De voorliggende resultaten laten zien dat het mogelijk is met een breed samengestelde groep, die verschillende perspectieven in de gezondheidszorg vertegenwoordigt, overeenstemming te bereiken over relevante kwaliteitsindicatoren in de ouderenzorg. Hiermee is een eerste stap gezet in het ontwikkelen van indicatoren voor het bewaken van de kwaliteit van de geleverde zorg. Tot het feitelijk beschikken over betrouwbare en valide kwaliteitsindicatoren is nog een lange weg te gaan. Er moet telkens duidelijk gemaakt worden op welk niveau de kwaliteitsindicatoren relevant zijn. Bij individuele bewoners kunnen gedeeltelijk andere indicatoren relevant zijn dan voor groepen cliënten, instellingen, de zorgsector of zelfs de gezondheidszorg als geheel. Een uniforme registratie van de zorgbehoefte en het functioneren van bewoners vergemakkelijkt het gebruik van gegevens op verschillende niveaus en geeft ook de mogelijkheid rekening te houden met verschillen in bewonersproblematiek (zorgzwaarte) bij de interpretatie van indicatoren. De kunst is tevens het aantal kwaliteitsindicatoren beperkt en daarmee hanteerbaar te houden. Op dit moment blijven er nog veel vragen onbeantwoord, zoals de relatie tussen meetbare kwaliteitsindicatoren versus de door bewoners ervaren kwaliteit van zorg of de aanpak bij psychogeriatrische bewoners. In toekomstig onderzoek moeten de vijf geselecteerde indicatoren nader worden onderzocht op hun feitelijke waarde, namelijk het betrouwbaar en valide signaleren van (sub)optimale kwaliteit van zorg. Voor een dergelijk onderzoek zouden bij een grote groep verpleeg- en verzorgingshuizen systematisch en periodiek gegevens moeten worden verzameld over de kenmerken van bewoners en de genoemde proces- en uitkomsten.

### Literatuur

Karon SL, Zimmerman DR. Using indicators to structure quality improvement initiatives in long-term care. *Quality Management in Health Care*, 1996, 4(3), 54-66.  
Rantz MJ, Petroski GF, Madsen RW, e.a., Setting thresholds for MDS quality indicators for nursing home quality improvement reports. *Journal on Quality Improvement*, 1997, 23(11), 602-611.

### Informatie auteurs

C.Wagner is als programmaleider kwaliteit en organisatie verbonden aan het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) te Utrecht.

E-mail: c.wagner@nivel.nl

L. Wiersma werkt als kwaliteitsfunctionaris in Verpleeghuis 'het Zonnehuis' te Amstelveen

M.W. Ribbe, G. Van der Wal zijn werkzaam als respectievelijk hoogleraar Verpleeghuisgeneeskunde en hoogleraar Sociale Geneeskunde aan EMGO/HVSG-VU (Vakgroep Huisarts-Verpleeghuis- en Sociale Geneeskunde van de Vrije Universiteit van Amsterdam)